

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ**

**JANAÍNA PIOVEZAN MAURER**

**COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: Políticas de Drogas e as Violações de  
Direitos Humanos**

**CURITIBA**

**2014**

JANAÍNA PIOVEZAN MAURER

**COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: Políticas de Drogas e as Violações de  
Direitos Humanos**

Monografia apresentada como requisito parcial à  
conclusão do Curso de Direito, da Faculdade de  
Direito, Setor Ciências Jurídicas, Universidade  
Federal do Paraná.

Orientador: Professor Leandro Franklin Gorsdorf

**CURITIBA**

**2014**

## TERMO DE APROVAÇÃO

JANAÍNA PIOVEZAN MAURER

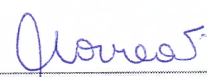
### **Comunidades Terapêuticas: Políticas de Drogas e as Violações de Direitos Humanos**

Monografia aprovada como requisito parcial para obtenção de Graduação no Curso de Direito, da Faculdade de Direito, Setor de Ciências jurídicas da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

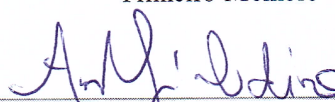


LEANDRO FRANKLIN GORSDORF  
Orientador

Coorientador



ADRIANA ESPÍNDOLA CORRÊA - Núcleo de  
Prática Jurídica  
Primeiro Membro



ANDRÉ RIBEIRO GIAMBERARDINO  
Segundo Membro

Aos que tiveram suas vozes caladas pelas amarras invisíveis das  
comunidades terapêuticas

## AGRADECIMENTOS

De todas as linhas escritas neste trabalho, talvez estas sejam as mais difíceis. Meu sentimento de gratidão é tão grande que transformar isto em palavras é correr o risco de deixar alguns para trás.

Primeiramente, digo muito obrigada para essa fé que me guia - seja ela uma energia cósmica, junção de forças de orixás, anjo da guarda, deus. É por esta razão inominável que levanto todos os dias querendo fazer o meu melhor para ajudar na construção de um mundo mais justo e inundado de amor.

E para que eu possa fazer isto diariamente, fundamental foram os meus “fundadores”. Em ordem alfabética, Mãe e Pai.

À você, minha Mama, por ter ensinado-me que o amor é sim capaz de superar qualquer obstáculo, por ter transmitido um pouco da infinita força que você tem, de recomeçar sempre, não importa o que houver. Você é e sempre será a minha musa inspiradora.

Pai, se hoje estou no curso de Direito - que por muitas vezes você não entendeu porque eu escolhi - saiba que a “culpa” é sua. Teu senso de justiça, teu modo de demonstrar como sempre fui privilegiada e o seu olhar de compaixão para qualquer indivíduo na Terra permitiram que eu crescesse sabendo da urgente necessidade de mudar as estruturas da sociedade. Você é o meu grande super-herói.

Se, por meio desta monografia, encerro a minha longa participação como graduanda da UFPR, é imprescindível agradecer a dois grandes professores da Faculdade de Direito. Primeiro, ao meu orientador. Professor Leandro, sendo você um sinônimo de educador, permitiu que eu acreditasse na possibilidade de transpor as colunas da Santos Andrade e de aventurar-me num tema tão pouco explorado juridicamente. Lembrete: és um exemplo a ser seguido. Também o meu muito obrigada à Professora Adriana Espíndola, pois ao aceitar-me no Projeto de Extensão dos Direitos da População de Rua, possibilitou o meu primeiro contato com a questão das comunidades terapêuticas. Nestes poucos meses de convivência, orgulhei-me por ter o privilégio de ter ao lado uma mulher tão forte e guerreira.

Aos meus familiares, especialmente a minha vó, por terem tido paciência e compreensão diante das minhas diversas ausências para poder escrever este trabalho. Nossa união é a minha base para tudo que faço.

Amabilidade pelo mundo e a gratidão ao trio: Li, Jé e Joca. Pequena grande Ligia, do primeiro ao último dia da faculdade. Meu amor por ti é incondicional e nossa amizade caso de estudo. Nos entendemos de um jeito único. Jé, nossa trajetória percorreu o mundo, entre dois intercâmbios consolidamos o que hoje levo com o maior amor no coração, assim como o teu sorriso inspirador. Fera, agradeço por você ser tão... tão.. Você. Cinco estrelinhas pra ti.

A todas e todos os meus amigos que me aturaram nestes dias monografando.

A minha irmã de Yemanjá, Ca Hoshino. À você eu despejo toda a minha breguice: Você é meu tesouro.

Keka e Pati, minhas reais provas de que distância é só questão de ponto de vista, de alma, somos sempre presentes. Elo e Ká, da infância ao infinito. Dividindo todas as grandes fases da vida com vocês, muito obrigada eternas AMP's.

Minha família do intercâmbio, em especial Helo, Thaís, Gabi e querido Ivan. Obrigada por todos os dias convividos, por muitos momentos durante a monografia, foi a recordação deles que me deram força pra não desistir.

Meus amigos da Lapa e da vida curitibana, gratidão pelas noites em que fizemos inúmeras filosofias baratas nos bares por aí afora, saibam o quanto foram essenciais.

Por fim, ao companheiro da minha vida. Marcos, você mais do que qualquer um, aguentou todo o meu cansaço, minha irritação, stress e instabilidade emocional nesta trajetória final. Obrigada pela tua imensurável paciência e compreensão. É por esse cuidado que para ti, eu sou amor da cabeça aos pés.

Termino com o desejo que daqui a pouco tempo, este trabalho esteja totalmente defasado, com a esperança de que as violações de direitos humanos nas comunidades terapêuticas sejam apenas um capítulo obscuro e ultrapassado na história da saúde mental.

*"Se cada dia cai, dentro de cada noite,  
há um poço  
onde a claridade está presa.*

*há que sentar-se na beira  
do poço da sombra  
e pescar luz caída  
com paciência."*

Pablo Neruda

## RESUMO

As comunidades terapêuticas (CT) são instituições privadas que oferecem atendimento para pessoas com problemas decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Ao contrário da ideia original - proposta por Maxwell Jones e que priorizava a integração do indivíduo ao seu tratamento – estes estabelecimentos, atualmente, atuam por meio da repudiada metodologia de isolamento praticada pelos manicômios. Não obstante isso, não estão adequadas com as legislações vigentes para a saúde mental e cometem diariamente diversas violações de direitos humanos. Este trabalho pretende, ao analisar a política de drogas, o modo como o modelo proibicionista e repressivo contribuiu para que as comunidades terapêuticas funcionassem nestes moldes. Por meio da exposição de denúncias esmiuça-se as características principais das instituições e propõe-se sugestões para a adequação e responsabilização das CT diante das transgressões dos direitos fundamentais. Neste contexto, o Estado, ao invés de fiscalizar e responsabilizar os autores, designou financiamento público para estes estabelecimentos, mesmo sendo diversas vezes alertado acerca das ocorrências de desrespeito aos direitos humanos. Diante desta omissão estatal, trata-se do posicionamento da Corte Interamericana de Direitos Humanos e a responsabilidade solidária junto aos administradores das comunidades terapêuticas.

Palavras-chave: comunidades terapêuticas; política de drogas; violações de direitos humanos; responsabilidade solidária estatal



## **ABSTRACT**

Therapeutic communities (TC ) are private institutions that provide care for people with problems arising from the use of crack cocaine, alcohol and other drugs. Unlike the original idea - proposed by Maxwell Jones and prioritizing the integration of the individual to his treatment - these establishments currently operating through repudiated isolation methodology practiced by the asylums. Nevertheless, they are not suitable with the current legislation for mental health and daily commit various violations of human rights. This paper seeks to examine drug policy, and how the prohibitionist and repressive model contributed to therapeutic communities functioned in this way. Through exposure scrutinizes complaints are the main characteristics of the institutions and proposes suggestions for adequacy and accountability of CT on the transgressions of fundamental rights. In this context, the State, rather than scrutinize and hold accountable the perpetrators, appointed public financing for these properties, even being warned several times about the instances of human rights abuses. Given this government inaction, is analyzed on the position Inter-American Court of Human Rights and the state several liability with the administrators of therapeutic communities.

Keywords : therapeutic communities; drug policy; human rights violations; State joint liability

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>POLÍTICA DE DROGAS</b>	<b>12</b>
2.1.	Notas históricas	12
2.2.	A relevância dos discursos na política de drogas	17
2.3.	O despertar do Estado brasileiro para a política de Drogas	18
2.3.1.	Estados de Exceção – Era Vargas e Ditadura Militar	18
2.3.2.	Redemocratização brasileira e mudança na política	22
2.4.	Políticas da saúde mental	24
<b>3</b>	<b>COMUNIDADES TERAPÊUTICAS</b>	<b>28</b>
3.1.	Conceito histórico	28
3.2.	Contexto brasileiro e Regulamentação vigente	28
3.2.1.	RDC nº 29 de 30 de junho de 2011	30
3.3.	Luta Antimanicomial	31
3.4.	Redes de Atenção Psicossocial e financiamento público	32
3.5.	Características majoritárias das Comunidades terapêuticas	34
3.5.1.	Viés Religioso	34
3.5.2.	Metodologia de tratamento	37
3.5.3.	Trabalho: Exploração e Lucro	38
3.5.4.	Punições: castigos, torturas e violências físicas	40
3.5.5.	Sexualidade, orientação sexual e identidade de gênero	42
3.5.6.	Comunicação – Isolamento e Violação constitucional	44
3.5.7.	(Falta de) Infraestrutura	46
3.5.8.	Liberdade: do internamento ao fim do tratamento	47
3.6.	Violações de Direitos Humanos	48
<b>4</b>	<b>CONSTRUÇÃO DOS MARCOS LEGAIS: DO CONCEITO A RESPONSABILIZAÇÃO</b>	<b>49</b>
4.1.	Conceito jurídico das Comunidades Terapêuticas	49
4.2.	Parâmetros de Fiscalização	50
4.3.	Caso Comunidade Terapêutica “Instituto Gratidão”	51
4.4.	TAC	53
4.5.	Comunidades Terapêuticas e o SUS	54

4.5.1. Rede Substitutiva .....	55
4.6. Responsabilidade estatal frente às violações ocorridas nas Comunidades Terapêuticas.....	57
4.6.1. Corte Interamericana de Direitos Humanos .....	58
4.6.2. Decisões da Justiça Brasileira .....	61
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>64</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Este trabalho versará sobre as Comunidades Terapêuticas e as recorrentes violações de direitos humanos que ocorrem nestes estabelecimentos.

Para iniciarmos a discussão perfaz-se necessário analisar o histórico de criminalização das drogas bem como as políticas implantadas no Brasil. Após séculos de uso sem nenhum tipo de controle, a revolução médica inaugura nova era no que tange às substâncias psíquicas, e os Estados, conseqüentemente, acordam e iniciam lentamente suas intervenções. No Brasil isto se deu a partir da Era Vargas quando surgiram as primeiras legislações proibindo o uso e o comércio de drogas. Ainda, durante o período da Ditadura Militar, nota-se a influência do discurso americano de “combate ao inimigo”, de modo que a repressão aumenta e o sistema probicionista se impõe. Com a redemocratização brasileira, o movimento criminalista frustra-se, já que, apesar dos diversos avanços em determinadas áreas, o tráfico torna-se crime equiparado aos hediondos.

No que tange ao dependente, o enfrentamento dos profissionais defensores dos direitos humanos, bem como a ratificação da Convenção de Caracas pelo Brasil, possibilitaram que fosse feita a Reforma Psiquiátrica, por meio da promulgação da Lei nº 10.216/2001. A partir deste momento, a Luta Antimanicomial ganhou força e iniciou-se a implementação da Rede de Atenção Psicossocial, que privilegiava o atendimento integrado e com a garantia de dignidade ao sujeito.

Contudo, como analisaremos, o “fenômeno do crack” foi o motivo utilizado para alarmar a população e justificar a higienização social feita nas ruas. E é neste contexto que as comunidades terapêuticas chamam a atenção no que tange ao tratamento dos dependentes químicos. Sem a infraestrutura necessária e ainda praticando diariamente inúmeras violações de direitos humanos, as CT apontam para o retrocesso das políticas de saúde mental, retornando à lógica manicomial.

Estas instituições não se enquadram em nenhuma legislação específica, e não possuem fiscalização e monitoramento adequado. Por meio de enfoque lógico-empírico, procuraremos demonstrar possíveis soluções para este problema. Por fim, indicar a responsabilização solidária do Estado brasileiro diante de sua negligência ao oferecer financiamento e omissão ante as transgressões de direitos fundamentais.

## 2 POLÍTICA DE DROGAS

### 2.1. Notas históricas

Primeiramente, procura-se analisar o conceito da palavra “droga”, o qual, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) abrange “*qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas produzindo alterações em seu funcionamento*”. Definição esta extremamente utilizada por especialistas de diversas áreas, contudo, radicalmente criticada. Rosa Del Olmo afirma que há generalidade e imprecisão, que por sua vez, gera informação preconceituosa dotada de conceito moral e dados falsos e sensacionalistas. Âmbito excelente, portanto, para a proliferação da demonização do discurso das substâncias psíquicas, muito mais, do que a elas mesmas (OLMO, 1990, p. 21/22).

A genealogia das drogas exalta a desconstrução do conceito e nos leva ao período da Idade Média e a transição para os tempos modernos, que acontece por meio das grandes navegações e da busca por especiarias e dos alimentos-droga: café, açúcar, tabaco, bebidas alcoólicas destiladas e o chocolate. (VARGAS, 2008, p.48). Ainda, com a influência dos anatomistas do século XV e XVI, a medicina ocidental desenvolve-se para então no século XIX alcançar o seu ápice na revolução médica: Uso de substâncias químicas para a cura.

Saliente-se o uso das chamadas “drogas terapêuticas”, as quais eram constituídas tanto de “*plantas inteiras, frescas ou secas, quer de produtos caracterizados pela mistura de uma impressionante variedade de substâncias, como as tinturas e as ancestrais triagas*” (VARGAS, 2008, p. 49).

Naquela época houve diversas suspeitas e controvérsias sobre o uso destas substâncias e tentou-se eliminar os preparados que eram utilizados nas práticas médicas. Todavia, nova era foi inaugurada e introduziram-se elementos como o iodo, a morfina e a insulina.

Gradualmente a técnica terapêutica foi substituída pela explosão farmacêutica, sendo a medicina experimental responsável não somente pelo

desenvolvimento das sociedades científicas como das sociedades industriais. Segundo Foucault (1982, p.7), *“a invasão farmacêutica foi parte constituinte de um processo mais amplo de medicalização dos corpos e da vida, processo esse contemporâneo ao desenvolvimento do capitalismo em fins do século XVIII e início do XIX”*.

O uso terapêutico do ópio, por meio da morfina, ganha destaque e surge então o “boom” das cirurgias, ainda que se desconhecesse a maioria dos efeitos adversos, quantidades de utilização e afins. Juntamente, pode-se citar os analgésicos e antibióticos que apesar de, apresentarem diversos efeitos nocivos, continuaram a ser comercializados. Estas “doenças” causadas pela própria medicina foram definidas como *“efeitos medicamente nocivos que se devem, não a erros de diagnóstico ou à ingestão casual de medicamentos, mas à própria ação de intervenção médica no que ela tem de racionalmente fundada”* (FOUCAULT, 1982, p. 8).

Pode-se perceber que até então nenhuma droga – seja como medicamento ou não – era alvo de controle, quiçá de criminalização. Esta discussão inicia-se em meados do século XX, conforme trataremos a seguir.

No início dos anos 50 a “droga” não era objeto de preocupação, visto que o uso dos opiáceos – principal substância utilizada na época – estava vinculado aos extremos da sociedade, grupos integrantes da aristocracia europeia, médicos, intelectuais, músicos de jazz e os delinquentes e marginais. Na América Latina era associado às classes baixas e já era assunto ligado à violência. Todavia, este uso era regionalizado, a ponto de ser apontado como “subcultura” que subsistia com a sociedade em geral (OLMO, 1990, p. 29).

A autora venezuelana ainda afirma como o discurso ético-jurídico foi predominante no período e assim o estereótipo moral introduz-se e a droga passa a ser associada à periculosidade. A enorme produção pós-guerra do ópio - que posteriormente era transformado em morfina e heroína nos laboratórios europeus – era controlada pelas famílias italianas, conhecidas como Máfias. Juntamente ao “vício e a prostituição”, o discurso moral gerou grande batida e restou na prisão de vários italianos que chefiavam o tráfico.

A década de sessenta é marcada pela quebra do “American way of Life”. A contracultura instaura-se nos Estados Unidos da América e o crescimento do uso

Pois com a normativa, as atividades preventivas de qualquer natureza, em relação ao uso de drogas, deverão dirigir as ações de educação com foco na pessoa e seu contexto familiar, social e econômico, e buscar desestimular o uso inicial, diminuir os riscos e danos associados ao seu uso problemático e incentivar a diminuição do consumo.

Essas diretrizes do CONAD iam perfeitamente de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica, contudo, o fenômeno do Crack postulou mudança no comportamento da sociedade e do Estado. Desde já destaque-se os diversos estudos<sup>6</sup> que comprovam que não houve o “aumento do uso” desta substância. O clamor de cobrança vindo da população foi impulsionado muito mais por questões de ordem econômica e higienista.

A população em situação de rua foi então o alvo escolhido para essas ações. A insivibilidade deixou lugar para a “iminente necessidade de tratar esses dependentes”. De modo que a súplica da sociedade e dos setores comerciais e imobiliários foi tão grande que o Governo lançou o programa “Crack é possível vencer”.

Como destacamos exaustivamente neste primeiro capítulo no que tange às drogas os inimigos vão alternando-se. E o escolhido do momento é o Crack e a população de rua, sua maior consumidora. O programa propõe a trabalhar com três eixos: Prevenção, Cuidado e Autoridade. Todavia, o que se tem observado é que somente a Autoridade tem se apresentado. Por exemplo, em São Paulo, a Guarda Municipal é a principal parceira do programa de modo que com a desculpa de evitar o uso e prevenir o tráfico, higienizam o centro da cidade<sup>7</sup>.

O sujeito é culpabilizado pela sua dependência, sem que se entenda que muitas vezes o uso da substância é para esquecer a sua condição de excluído e ignorado da sociedade. A substância foi a válvula de escape escolhida para suportar a desigualdade na qual o indivíduo vive.

É nesse contexto, principalmente, que se inserem as comunidades terapêuticas. Ao invés de o governo fortalecer a estrutura que estava posta de acordo com as políticas de redução de danos - que atuam no sentido de um olhar

---

<sup>6</sup> Disponível em: <http://carosamigos.com.br/index.php/politica/2888-entrevista-dartiu-xavier-a-internacao-compulsoria-e-sistema-de-isolamento-social-nao-de-tratamento> Acesso em: 10/10/2014

<sup>7</sup> Disponível em: <http://www.justica.gov.br/noticias/curso-vai-capacitar-guardas-civis-de-sp-para-atuarem-no-combate-ao-crack> Acesso em: 10/10/2014

associa-se à ascendência da rebeldia juvenil, das buscas místicas, dos movimentos de protestos políticos, da revolução dos negros, dos pacifistas, da Revolução Cubana e dos movimentos guerrilheiros da América latina e também a Guerra do Vietnã (OLMO, 1990, p. 33).

A partir deste momento, não mais se restringe o uso dos ilícitos aos trabalhadores mexicanos. Ocorre certa expansão que se dirige aos jovens de classes mais altas. A consequência disto é a introdução do discurso jurídico que, pela primeira vez, versa sobre “a luta entre o bem e o mal”, sendo, portanto, a prévia do raciocínio da Guerras as Drogas.

A estudiosa latino-americana defende que a década de sessenta apresentou um duplo discurso, sendo a junção do “médico-sanitário” com o “ético-jurídico”, formando o discurso “médico-jurídico”, o qual preconizava estabelecer a distinção entre o consumidor-doente e o fornecedor-delinquente.

Assim inaugura-se nos EUA lei que permite ao usuário decidir se pretende ir para prisão ou iniciar um tratamento, percebendo-se dessa forma, como o discurso jurídico reforça o médico. Ao possibilitar esta opção ao consumidor, fortalece-se a ideia de um usuário doente, e que necessita de tratamento. E é neste contexto, que se inserem pela primeira vez, as Comunidades terapêuticas, que nas palavras de Olmo:

*“Em um primeiro momento as comunidades terapêuticas são promovidas com um critério clínico-comunitário, e mais adiante com caráter de seita, com um personagem central carismático que as dirige. (...)”* (OLMO, 1990, p. 35)

Em seguida surgem novos tipos de programas de reabilitação, que utilizam metadona para viciados em heroína, por exemplo – antecedendo o que atualmente clama-se metodologia de Reparação de danos.

Ressalte-se neste ponto, contudo, a própria definição de viciado. Pois como Foucault delibera *“a invenção do viciado é um mecanismo de controle, uma nova rede de poder/conhecimento”*. Sendo, no mínimo, conveniente que esta classificação intensifique-se junto ao discurso de combate às drogas.

E ainda, como assevera Henrique Carneiro (2005, p.20/21), todos seríamos viciados, seja em álcool ou cafeína, ou drogas ilícitas, permanecendo então a diferença no sistema de proibição. Explica o autor que *“Ao compararmos drogas e*



*alimentos, o que as diferencia é o regime jurídico e político que regula o direito à livre escolha”.*

Retornando aos EUA, estava decretada a droga como “inimigo interno” e “vírus contagioso” a ser combatido (OLMO, 1988). Os jovens haviam escolhido esta arma como resposta à ordem vigente nos países desenvolvidos e o surgimento de festivais ao ar livre – tal qual o Woodstock - auxiliaram para a disseminação do uso coletivo das drogas.

Na América Latina, contudo, observa-se movimento diverso, visto que o uso por aqui não se vinculava aos protestos. Pelo contrário, era restrito ou às classes altas ou ao subúrbio – remetida à figura do malandro e delinquente. Estando a preocupação voltada não para a droga em si, mas para as consequências de seu uso – delinquência juvenil por exemplo. (Olmo, 1988).

Não obstante esta diferença, notou-se no final da década de sessenta, movimento similar em todos os países latino-americanos. Campanhas antidrogas com conteúdo semelhantes provinham das Embaixadas dos Estados Unidos, incorporando estes países ao discurso combativo já bastante desenvolvido no país norte-americano. Notam-se inúmeras ações que defendiam este discurso, tal qual, a aprovação de um novo Código Penal Venezuelano (com aumento de penas).

Porém, por óbvio, a adaptação não se deu da melhor forma, já que não se reconheceu o consumidor como doente, aliviando-o da pena de prisão como acontecia nos EUA (OLMO, 1988). Pela falta de estrutura para tratamento e da diferenciação entre posse e consumo, diversos usuários receberam sentenças condenatórias como traficantes.

Lola Aniyar de Castro (2005, p.172) acrescenta *“Na América Latina importamos tudo dos EUA, mesmo seus problemas, suas perspectivas morais e suas diretrizes de ação”*. Sem, entretanto, ter infraestrutura para tal.

Já na década de setenta, por meio dos meios de comunicação se instaura de maneira mais sólida a guerra às drogas na América Latina. É no início dos anos 70 que as propagandas moralistas difundem-se, espalhando informações por vezes falsas, já que relacionavam a droga como se fosse um elemento único. Novamente, na lógica de importação dos Estados Unidos, a mídia utilizou-se de argumentos para criminalizar o uso da maconha, mas que originalmente referiam-se à heroína, dessa forma, demonizando a primeira com os efeitos do uso da segunda.

Olmo relata que foi na década de setenta que se iniciou o uso da pasta de coca e do cloridrato de cocaína, principalmente no Peru, Equador e Bolívia. A autora ainda versa que não haviam sido registradas hospitalizações em centros psiquiátricos por conta do uso destas substâncias, e que, a maconha era a “erva maldita”, o mal a ser combatido.

Saliente-se, contudo, que este uso da cannabis era tratado de modo diferenciado de acordo com quem o usava. É nesta época que delineou-se o perfil do criminoso, o usuário da favela, que era considerado como delinquente perigoso. Pois, caso fossem “os meninos de bem” a utilizarem o produto, estes eram considerados vítimas e apáticos. (OLMO, 1988).

O crime organizado dá seus primeiros passos, e Lola Aniyar de Castro, afirma como a droga foi direcionando-se para ser uma “Grande Empresa” sustentada com “dinheiro branqueado”. Discorre ainda:

*“Como em toda delinquência organizada, o cabeça está longe na estrutura piramidal – dos que atuam no varejo da droga. E também das atividades de controle. A polícia sabe quem são mas não quer ou não pode chegar até eles.”* (CASTRO, 2008, p. 181)

Enquanto isso, nos EUA, em 1974 era eleito o Presidente Ford. A estrutura para controle da questão das drogas além-fronteiras já estava estabelecida.

A cocaína, por meio inclusive do discurso dos meios de comunicação, expande-se. É incentivada por ser não mais uma droga que isolava – tal qual a heroína – mas difunde-se como “*droga que produzia bem-estar e euforia e tinha a reputação de não criar dependência nem ser perigosa*”. (OLMO, 1988). A demanda aumentou, conseqüentemente sua produção e seu mercado derivado – cigarros e utensílios que auxiliassem no uso. A cocaína associava-se à imagem dos bem-sucedidos, se havia êxito, havia o uso da droga.

É a ascendência desta substância que reacende o discurso médico-jurídico, silenciado por certo tempo. Numa ação do governo americano, por meio da AID/USAID, foi realizado um estudo na Bolívia junto ao Museu Etnográfico para tratar sobre o “Uso tradicional da Coca”, o qual se tenha registrado é diferente da cocaína. Contudo, não houve parecer dos especialistas que explicasse essa diferença, sendo ambas tratadas como inimigas. Desse modo, observa-se nos países da América Latina a criação de tipificações penais para o consumo da folha

de coca, como exemplo, cita-se Argentina, Peru e Bolívia, demonstrando como o modelo a ser seguido seria o da proibição e punição.

## 2.2. A relevância dos discursos na política de drogas

Como observou-se no tópico anterior a política de drogas é regida por discursos teóricos que estabelecem qual será a forma de atuação tanto do Estado quanto da sociedade. Estes modelos podem ser pautados por razões econômicas, moralistas, assistencialistas e até culturais. Para entendermos melhor como isto se dá, resumiremos brevemente quais são suas principais características.

O discurso ético-jurídico foca-se na droga em si. Apresenta uma dualidade que separa as substâncias entre inofensivas e perigosas. Segundo Sergio Silva Trad (2010,p.23), neste modelo, “*as drogas são agentes ativos e o público, a vítima.*” Deste modo, quando atua sob esta égide o Estado preconiza os conceitos de legalidade e ilegalidade e age como se fosse o “*Pai a dizer o que o filho pode ou não utilizar*”. Protege e vigia os sujeitos por meio de medidas legais que regulem o acesso à droga.

O modelo médico estabelece a questão da substância como geração da dependência. Nesse contexto, procura-se prevenir o uso da droga, por meio da diminuição de sua aceitação social e ainda aumentando o seu valor econômico para que não chegue a ser consumida. É o discurso da patologização do consumidor, associando o usuário ao doente, necessitado de tratamento.

Ressalte-se o discurso médico-jurídico, também conhecido como probicionista, com normas jurídicas, proibitivas e punitivas quanto ao uso de determinadas substâncias psicoativas. É nesse modelo que se inicia a associação entre a droga e o crime. Veremos como no Brasil, a exploração deste discurso, impulsionada pelo apoio dos meios comunicação, influenciou a aclamada repressão ao tráfico de entorpecentes. Quanto ao usuário, trata-o como doente.

Já o modelo psicossocial apresenta proposta diferente. Considera o indivíduo e o contexto no qual se utiliza a droga, e afirma que o uso só se dará enquanto cumprir determinada função para o usuário (TRAD, 2010). Analisa a

frequência, a quantidade e o tipo para que possa determinar os efeitos pelo modo de utilização.

Juan Gamella defende que a política de drogas desenvolve-se por meio de ondas e ciclos, ou seja, os discursos alternam-se, com claras ascensões e declínios. No Brasil observa-se isto claramente, pois como será abordado, a Era Vargas, por exemplo, no início preconizava o discurso médico e classificava as drogas que seriam ilícitas, para então, aplicar o discurso médico-jurídico e instaurar medidas penais repressivas.

A interação entre o Estado e o indivíduo começa a mudar, inclusive no controle das drogas. Dessa forma:

*“Se por um lado, existia uma percepção de que os cidadãos são mais livres e autônomos, por outro lado, acontecia um controle crescente e que limita as opções ou liberdades individuais, esta é uma das condições. Trata-se de uma necessidade do Estado moderno, que requer dos cidadãos uma maior homogeneidade e coordenação de suas ações, mediante a coerção ou —disciplinas mais profundas, até inconscientes e nem sempre fácil de identificar nos agentes ou instituições únicas (Gamella, 2001).”*

Sergio Trad explica que a intervenção estatal no campo das drogas ocorre principalmente pela nova concepção de Estado e o aumento de suas responsabilidades. Demais elementos estão inseridos neste controle: profissionais médicos e psicossociais, policiais, juízes. Todavia, desconsidera-se a “*multidimensionalidade da toxicomania*” e limita-se a abordagem à questão “*delinquência e/ou patologia*”.

## 2.3. O despertar do Estado brasileiro para a política de Drogas

### 2.3.1. Estados de Exceção – Era Vargas e Ditadura Militar

Após analisarmos brevemente a política mundial de substâncias psíquicas, falaremos agora sobre o início do intervencionismo estatal brasileiro nesse âmbito.

O primeiro período determinante na aplicação do sistema proibicionista no Brasil foi a Era Vargas. É nesta época que as medidas proibitivas propostas nas Convenções internacionais foram acopladas ao nosso ordenamento.

O Tratado de Genebra classificou a maconha como substância entorpecente, e desse modo, o primeiro movimento de repressão iniciou-se com a perseguição às práticas populares de origem africana – associadas à capoeira, ao samba e a venda e consumo da erva (TRAD, 2010, p.109). Tal qual Rosa Del Olmo descreveu do movimento de uso da cannabis dos EUA, vinculado aos escravos e mexicanos, no Brasil a utilização era conexa aos negros e indígenas.

E com o Estado Novo o intervencionismo estatal sobre as drogas, baseado num sistema de hétero-controle, assume caráter normatizador e controlador, contudo, somente sobre “drogas ilícitas”, permanecendo o álcool, tabaco e medicamentos psicoativos livres de monitoramento e fiscalização.

Exemplo desta atuação do Estado está na criação da Comissão Nacional de Fiscalização dos Entorpecentes (CNFE) a fim de que fosse elaborada nova legislação para os tóxicos.

Sendo assim em 1932 é promulgada a Lei nº 30.930, que determinava que o porte de qualquer substância considerada entorpecente passa a ser passível de prisão e internamento por tempo indeterminado. É neste contexto que se insere o discurso médico-jurídico que mixa o rigor das leis penais com o controle médico, sendo a dependência considerada como “*uma doença de notificação compulsória*” e ainda por cima, contagiosa.

Quanto à proibição da produção, é em 1940 que o Governo Vargas insere a primeira normativa e em 1942 com o Decreto-Lei nº 4.720, fixou-se as normas gerais para cultivo de plantas entorpecentes e para extração, transformação e purificação de seus princípios ativo terapêuticos.

A atuação da CNFE perdura por todo o Estado Novo, buscando sempre metodologia repressiva e legislação discriminatória.

É com a Ditadura Militar que o Estado assume por completo o controle e a criminalização do uso de drogas. Conforme vimos no item anterior, nos anos sessenta a contracultura questionou o modo de consumo e a expansão do uso da maconha e do LSD, de modo que durante este período este questionamento ocorre também por aqui.

No Brasil, por estarmos no estado de exceção, controlados por militares e setores conservadores da sociedade, como a Igreja, a repressão do Estado foi ainda maior. Insere-se a ideia de subversão política associada ao tráfico e consumo de drogas. (TRAD, 2010). E é neste momento que o crime organizado começa a surgir.

Sendo o movimento estudantil criminalizado e submetido à Lei de Segurança Nacional, foi no presídio de Ilha Grande que presos políticos e assaltantes de banco encontraram-se e trocaram experiências.

Notou-se como o probicionismo foi mantido pelo auxílio prestado do discurso médico. Diversos “estudos” foram divulgados associando cada vez mais o uso de entorpecentes com alienação e doença. Desse modo, legitima-se este discurso pelo paradigma médico-moral. Ainda, destaca-se o papel dos meios de comunicação, que difundiram a ideia de repressão às drogas<sup>1</sup>.

Diante desse contexto, facilitou-se o controle do Estado administrar em relação à produção, tráfico, usuários, e enfim, tudo o que tangia ao assunto dos entorpecentes. A associação feita dos movimentos contra a ditadura, com o comunismo e o uso de drogas, foi o motivo perfeito para que o poder estatal pudesse ser arbitrário e repressivo, já que ao menos no que toca a este tema, era apoiado pela população.

Durante o período da tirania militar foram promulgados Leis, Decretos e Portarias que confirmavam a intervenção estatal na incidência de um sistema ainda mais repressivo. Como exemplo, cita-se a nova Lei nº 5.726/71, a qual estabelecia novo rito processual e versava, ainda, sobre medidas protetivas. Já em seu artigo 1º a redação entabulava que era dever de toda pessoa física ou jurídica auxiliar no combate ao uso de entorpecentes. Não obstante no Capítulo II ser admitida a “*recuperação do infrator viciado*”, a norma não mencionava distinção alguma entre o usuário e o traficante, restando tratamento igualitário para ambas as hipóteses. E, segundo Salo de Carvalho (2007, p.21) escondia-se aqui a perversidade da lei, já que previa pena privativa de liberdade de 01 a 06 seis para os dois casos.

A repressão e o probicionismo preparavam-se para incidir ainda de forma mais acentuada na Lei 6.368/76, a qual refletiu os tratados e convenções internacionais ratificados pelos países desenvolvidos e imposto aos países produtores das substâncias entorpecentes. Carvalho defende que a escassez do

---

<sup>1</sup> Conforme visto anteriormente as campanhas foram patrocinadas pelos EUA.

discurso médico-jurídico foi fundamental para o desenvolvimento do modelo político-jurídico, o qual prezava ainda mais por punição.

Saliente-se que esta brecha distancia a possibilidade de concepção de um sistema pautado na discussão acerca do tema das drogas e de digno tratamento para os usuários que se considerassem dependentes e carentes de auxílio.

Com a decretação da Lei 6.368/76 o campo resta efetivamente pronto para que as políticas internacionais de caráter proibicionistas – pautadas pelas causas econômicas primordialmente – estabelecessem no Brasil e controlassem não só mais o mercado e o tráfico, mas também o sistema jurídico que regia a matéria.

A partir da década de setenta, constata-se com maior nitidez como o poder militar pode fortalecer o discurso jurídico para a criminalização das drogas, e mais, como concretizou a segregação entre o destinatário final. Isto é, como os discursos alternavam-se quando se revezava o usuário: jovem de classe média usando cocaína, aplicava-se o discurso médico e a internação; jovem negro da favela usando cocaína aplicava-se o discurso jurídico e a pena privativa de liberdade.

Vera Malaguti Batista (2003, p.74/75) defende esta posição e afirma a existência da renúncia ao aparato legal por meio de “*controle social militarizado e verticalizado sobre os setores mais pobres da população ou sobre os dissidentes*”.

A Lei das drogas de 1976 inaugura o estreito laço entre a lógica sanitaria e a repressão penal. Isto porque a norma impõe tratamento obrigatório a todo dependente em seu artigo 10º. E no parágrafo primeiro conduz: “§ 1º *Quando verificada a desnecessidade de internação, o dependente será submetido a tratamento em regime extra-hospitalar, com assistência do serviço social competente.*”. De fácil percepção, portanto, a intensificação da colocação entre dependência e delito como sinônimos. Ao versar sobre a obrigatoriedade, Salo de Carvalho (2008, p. 27) afirma quando identifica-se a toxicodependência como fator criminógeno produtor de periculosidade social:

“(...) *determina-se a solidificação do discurso médico-jurídico-sanitarista na medida em que (a) associa dependência-delito, (b) abandona a ideia de voluntariedade no tratamento e, subliminarmente, (c) amplia as possibilidades de identificação do usuário como dependente.*”

Ressalte-se desde já os elementos que serão permeadores das instituições denominadas Comunidades terapêuticas. Já que esta definição de Carvalho traz a

questão da voluntariedade da internação e a personificação do discurso do usuário-doente.

### 2.3.2. Redemocratização brasileira e mudança na política

A decepção dos movimentos políticos-criminais advém com a redemocratização brasileira. A lógica de ruptura de uma política fascista e repressora, característica da ditadura militar, simplesmente não se desvincula no que tange ao sistema punitivo das drogas. A Constituição Federal de 1988 contribui apenas para o já vigente sistema beligerante (CARVALHO, 2007, p. 47), não acompanhando as políticas de descriminalização que começavam a despontar em diversos países europeus e alguns estados norte-americanos.

Ademais, evidencia-se claramente na Carta Magna de 88 como o tema dos entorpecentes ilícitos acorrentou-se ainda mais com o pensamento proibicionista e repressivo. Como exemplo temos o artigo 5º, inciso XLIII, no qual considera-se crime inafiançável e insuscetível de graça ou anistia a prática de tráfico de drogas.

A influência da mídia contribuiu para o selamento do caráter moralista da sociedade de forma ainda mais incontestável. Novamente, tal qual ocorrera na década de sessenta, como bem asseverou Rosa Del Olmo, dividiu-se o tema das drogas entre o “bem” e o “mal”. E desta vez, inclusive, postulado na lei máxima do país. Estavam, portanto, todo o ordenamento e também a massa manipulada, dispostos a elencar o Tráfico e o Uso de drogas como inimigos primordiais da sociedade.

Nesse sentido, é que ocorre a criação da Secretaria Nacional Anti-drogas<sup>2</sup> (SENAD), instituída por Fernando Henrique Cardoso. A SENAD teria como objetivo “a articulação e integração, entre Governo e sociedade, das ações de prevenção ao uso indevido de drogas, tratamento e reinserção social de usuários e dependentes”. (TRAD, 2010, p.121) A competência da Secretaria ainda está ligada a implementação da Política Nacional sobre Drogas (PND).

Segundo Sergio Silva Trad, FHC não tinha a postura liberal que adota atualmente, e por essa razão procurou manter o alinhamento com a proposta de Guerra às Drogas dos EUA, permanecendo as diretrizes de segurança adotadas na

---

<sup>2</sup> Somente em 2008 o nome da SENAD foi alterado para Secretaria Nacional de Drogas



ditadura militar. A militarização, disseminada pelo governo americano, se faz presente na SENAD, que inclusive, quando foi criada tinha sua sede na Casa Militar da Presidência da República.

O Estado posicionava-se neste momento incentivando a lógica militarista, de modo que os inimigos possuem sempre a mesma face – negros, pobres e moradores de favelas. O vínculo econômico novamente se faz presente, pois o crescimento da perseguição ao tráfico é proporcional ao uso da indústria bélica, favorecendo claramente a proposta neoliberal do Estados Unidos.

Note-se como a questão da saúde pública é completamente marginalizada no que tange à política de drogas. A judicialização é apresentada como opção para esse “combate”, como se a Justiça fosse capaz de responder aos anseios da sociedade “de bem” frente ao problema do uso de entorpecentes.

Desse mesmo modo, dispõe a atual Lei de Tóxicos nº 11.343/2006, que não obstante alguns avanços, como o artigo 28 que diferencia o porte para consumo pessoal, ainda está arraigada ao conservadorismo da Lei 6.368/76, pois segundo Salo de Carvalho *“a lógica discursiva diferenciadora iniciada na década de 70 é consolidada no novo estatuto, em detrimento de projetos políticos alternativos (descriminalizadores) (...)”*.

Com a atual lei mescla-se o discurso médico-jurídico ao político-jurídico. A exacerbada repressão (com penas privativas de liberdade de 05 a 15 anos aos traficantes<sup>3</sup>) é acompanhada do retorno da patologização do usuário. Novamente lembra-se que a metodologia importada dos EUA era a de “erradicar o mal da droga no mundo”, surgindo portanto, diversas medidas de “tratamento” para o dependente – sejam eles métodos alternativos ou penas mais brandas.

Pois ainda que o usuário não seja mais sujeito à pena privativa de liberdade, ainda depende a sua questão, de análise judiciária. O Estado concede o “privilégio” desde que aprovado por ele mesmo. Por esta razão que vemos diariamente a segregação discriminatória para qualificar o usuário.

---

<sup>3</sup> Art. 33. Importar, exportar, remeter, preparar, produzir, fabricar, adquirir, vender, expor à venda, oferecer, ter em depósito, transportar, trazer consigo, guardar, prescrever, ministrar, entregar a consumo ou fornecer drogas, ainda que gratuitamente, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar:  
Pena - reclusão de 5 (cinco) a 15 (quinze) anos e pagamento de 500 (quinhentos) a 1.500 (mil e quinhentos) dias-multa.

Luciana Boiteux de Figueiredo Rodrigues destaca ainda mais esse aparente benefício concedido ao consumidor mas que não se estendia ao dependente de drogas, pois no intuito de satisfazer o seu vício o sujeito acaba realizando o comércio. Ressaltando novamente como a lei auxiliou o usuário que tem condições de sustentar-se.

#### 2.4. Políticas da saúde mental

Após ser esquecida por determinado tempo, volta-se a discutir as políticas de saúde pública para a questão do uso de substâncias psíquicas. Ressalte-se que o discurso do Estado ainda prega a patologização e associação do dependente como doente. Não se defende aqui a desnecessidade de tratamento, todavia, métodos que segreguem e desrespeitem a dignidade do sujeito são absolutamente refutáveis.

Porém, é possível reconhecer vagarosa mudança no que tange à saúde mental no Governo Lula. Princípios do discurso psicossocial, como a integração do indivíduo no seu próprio tratamento, começam a ser adaptados com a nova Lei de Tóxicos. Introduziu-se a Redução de Danos como metodologia, mencionando expressamente princípios que regem a proteção dos direitos fundamentais como a autonomia e a liberdade do sujeito e o reconhecimento da diversidade.<sup>4</sup> Destaque-se esta nova abordagem na linha do probicionismo moderado que possibilitou a concretização de tratamentos alternativos.

A vantagem disso é a implementação dos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), Unidades de Acolhimento Transitório, Consultórios de rua. São órgãos institucionais que atendem principalmente as populações em situação vulnerável (no terceiro capítulo abordaremos um a um, explicando suas metodologias) e que priorizam a garantia dos direitos fundamentais.

A desvantagem da abertura da Lei nº11.343/2006 para esses tratamentos alternativos está na introdução de entidades que procuram obter proveitos econômicos em cima da luta de dependentes. Instituições que apresentam religião

---

<sup>4</sup> Lei 11.343/2006, Art. 4º, inciso I e II.

como forma de tratamento e que, no entanto, cobram para tanto – seja da família do viciado, seja do Governo, seja por meio de doações dos fiéis de suas Igrejas.

Esses estabelecimentos em nada contribuem com as proposições feitas pelo Instituto Interamericano de Direitos Humanos (IIDH) para auxílio aos dependentes químicos, que buscam articular as necessidades básicas para estes indivíduos.

- a) *Desenvolvimento de curto projeto de lei para estabelecer um procedimento rigoroso para a admissão , o diagnóstico e o tratamento da doença mental , garantindo o controle do poder judicial.*
- b) *Considera-se violação de direitos humanos a administração indiscriminada de tratamentos que são extremamente dolorosos, que afetam a integridade psicológica do paciente ou que o deterioram, sem consultar o controle legal e permanente.*
- c) *Em conformidade com o acima exposto , tendem a codificar a legislação psiquiátrica baseada no controle judicial rigoroso com o menor número possível de internações e tratamentos dolorosos ou capazes de produzir efeitos desintegradores ou deteriorantes.*
- d) *Em qualquer caso, há o amplo dever de estabelecer de explicação do médico para o paciente (ou sua família em caso que não seja capaz de compreendê-lo ) e deve haver o consentimento prévio para a admissão e tratamento. (ZAFFARONI, 1986, p.257)*

Conforme explana Carvalho (2007, p.280) estes indicativos estão coligados aos dispositivos do Código de Ética Médica que exigem: que os procedimentos tenham consentimento do paciente, que este possa decidir livremente sobre os tratamentos, e ainda, que lhe seja sempre informado o diagnóstico, prognóstico, riscos e objetivos do tratamento.

Destaque-se, como tentativa de reversão do sistema repressivo, as diretrizes do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD). Este conselho é o órgão brasileiro que regulamenta e pesquisa as substâncias psíquicas. É formado por representantes do Governo e da sociedade civil. Todavia, saliente-se o inconformismo das frentes de luta por direitos humanos, quanto à disparidade e falta de representatividade do CONAD<sup>5</sup>. As vagas para a sociedade civil são na realidade preenchidas pelos prestadores de serviços: Comunidades Terapêuticas.

Instância de controle social, no porte do CONAD, deve constituir-se de forma a incluir as diferentes posições sobre a política de drogas, como estratégia que permita e fomente o debate amplo e democrático.

---

<sup>5</sup> Disponível em: <http://drogasedireitoshumanos.org/2014/05/14/posicionamento-da-frente-mineira-de-drogas-e-direitos-humanos-sobre-a-proposta-de-regulamentacao-das-comunidades-terapeuticas/> Acesso em: 11/10/2014

mais complexo para o cuidado com o dependente -, privilegiou a articulação com as instituições privadas.

A Luta Antimanicomial no Brasil conseguiu diversos avanços, como veremos no terceiro capítulo, contudo determinada bancada do Poder Legislativo tem realizado pressões no Governo Federal, e estes ganhos estão ameaçados diante de atuação do Estado no sentido de retroceder e adotar métodos de tratamento há muito rechaçados internacionalmente. E o recém explicado exemplo do Crack contribuiu ainda mais para justificar essa atuação estatal.

Diante desta situação, o CONAD busca aprovar resolução que consiga defender de modo mais efetivo a proteção dos direitos humanos no atendimento destes indivíduos.

Acompanhando a opinião de Salo de Carvalho entendemos “*a alternativa de descriminalização do uso pessoal de drogas como a mais harmônica com as políticas de redução de danos*”.

E era assim que se encaminhava a política de saúde mental, até a percepção das instituições privadas do potencial econômico da “indústria da loucura<sup>8</sup>”.

---

<sup>8</sup> Disponível em: <http://www.carosamigos.com.br/index.php/politica-2/2892-industria-da-loucura-impede-avancos>. “Além dos donos de manicômios e clínicas de internação, outros interessados no que Marcus Vinicius chamou de a “indústria da loucura” são os setores que se beneficiam pela massa de consultas médicas, que geram receitas, que alimentam a indústria farmacêutica. Não se trata de um embate com peixe pequeno.”. Acesso: 10/10/2014

### 3 COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

#### 3.1. Conceito histórico

O conceito original das comunidades terapêuticas foi desenvolvido por Maxwell Jones. O psiquiatra radicado no Reino Unido apresentou nova proposta para tratamento da saúde mental. Esta baseava-se “*na adoção de medidas coletivas, democráticas e participativas dos pacientes*”<sup>9</sup> (JORGE, 1997, p. 117), pois visava reverter a lógica manicomial, integrando o indivíduo em seu próprio tratamento.

Saliente-se que este modelo tornou-se particularmente eficaz, pois substituiu a ideia de dependente químico como doente, para sujeito que necessitava de auxílio para controle de seu ímpeto ao usar determinada substância.

Destarte, originalmente as Comunidades terapêuticas deveriam romper com a noção de isolamento no atendimento dos pacientes, buscando vincular a presença do círculo íntimo, da sociedade e das redes de saúde.

#### 3.2. Contexto brasileiro e Regulamentação vigente

Atualmente no Brasil, não obstante a proposta apresentada por Jones, o que se observa é o completo desvirtuamento desse conceito original.

Primeiramente é necessário destacar como não há possibilidade de restringirmos o termo “Comunidades terapêuticas” a uma só ideia. Como será de fácil percepção neste trabalho, a homogeneidade não é características dessas instituições. Portanto, reste feita a ressalva de que não se está generalizando e acusando todas as instituições que se denominam como tais, de praticarem violações aos Direitos Humanos.

---

<sup>9</sup> “A ideia da Comunidade Terapêutica vinculava-se à ideia de tratar os grupos como se fossem um “organismo psicológico”. (Jones, 1972)”

Contudo, tomaremos por base os locais que vem sendo alvo de constantes denúncias por cometerem infrações aos direitos essenciais das pessoas, e mais, por desrespeitarem as legislações vigentes para o seu funcionamento.

Apresenta-se a definição trazida pelo Governo Federal em sua página oficial da internet:

*“São Instituições privadas, sem fins lucrativos e financiadas, em parte, pelo poder público. Oferecem gratuitamente acolhimento para pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de drogas. São instituições abertas, de adesão exclusivamente voluntária, voltadas a pessoas que desejam e necessitam de um espaço protegido, em ambiente residencial, para auxiliar na recuperação da dependência à droga. O tempo de acolhimento pode durar até 12 meses.”<sup>10</sup>*

De acordo com a mesma fonte, para a admissão em tais locais, deveria ser respeitado à pessoa e sua família, independentemente de suas características pessoais, sejam elas a religião, etnia, nacionalidade, orientação sexual, por exemplo.

Ainda destacam que deve ocorrer a *“a orientação clara ao usuário e seu responsável sobre as normas e rotinas da instituição, incluindo critérios relativos a visitas e comunicação com familiares e amigos;”*. Do mesmo modo, ressalta-se a permanência voluntária do paciente, a vedação a qualquer forma de contenção física, isolamento ou restrição à liberdade, bem como, a possibilidade de o dependente interromper o tratamento quando lhe for conveniente.

O Conselho Federal de Psicologia elaborou o Relatório de Inspeção de Direitos Humanos<sup>11</sup> após visitar 68 comunidades terapêuticas nos 24 estados brasileiros. Neste documento o CFP relata que as instituições *“são iniciativas da sociedade civil, com pouca ou nenhuma regulação pública e nas quais se desenvolvem práticas que são objeto de denúncias de violação de direitos humanos”*.

---

<sup>10</sup> Conceito de Comunidades Terapêuticas: Governo Federal. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/comunidades-terapeuticas.html>> Acesso em: 10/10/2014

<sup>11</sup> 4º Relatório de Inspeção de Direitos Humanos: Conselho Federal de Psicologia. Disponível em: <[http://www.crp.org.br/portal/midia/pdfs/Relatorio\\_Inspecao\\_Direitos\\_Humanos.pdf](http://www.crp.org.br/portal/midia/pdfs/Relatorio_Inspecao_Direitos_Humanos.pdf)>- Acesso em: 10/10/2014

Pretende-se demonstrar a seguir como diversas instituições que estão em funcionamento tem desrespeitados algumas – ou inclusive todas – estas orientações.

### 3.2.1. RDC nº 29 de 30 de junho de 2011

Expõe-se também a principal legislação que as Comunidades deveriam atender, trata-se da Resolução da Anvisa – RDC nº 29, de 30 de junho de 2011. Ela dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas.

No Capítulo II, a resolução exprime as condições organizacionais. Em seu artigo 3º, destaca que os locais que estejam sob a vigência da normativa devem possuir licença sanitária afixada em local visível ao público. Como verificaremos, este é um dos principais pontos ignorados pelas Comunidades, já que diversas delas, funcionam com condições precárias de espaço e higiene, não atendendo os requisitos da Vigilância Sanitária.

Saliente-se também o artigo 7º que prevê que cada um dos pacientes possuía fichas individuais atualizadas frequentemente expondo suas particularidades – por exemplo, participação em “*atividade que promova o conhecimento sobre a dependência de substâncias psicoativas*” e “*atividades visando à reinserção social do residente*”. Novamente acentua-se como pouquíssimas ou nenhuma dessas atividades são desenvolvidas nestes locais.

Focaremos no capítulo III – no qual são abordados os processos assistenciais-, e especificadamente no artigo 20. Pois em seus incisos estão as garantias que as instituições devem oferecer, *in verbis*:

- I - o cuidado com o bem estar físico e psíquico da pessoa, proporcionando um ambiente livre de SPA e violência;*
- II - a observância do direito à cidadania do residente;*
- III - alimentação nutritiva, cuidados de higiene e alojamentos adequados;*
- IV - a proibição de castigos físicos, psíquicos ou morais; e*
- V - a manutenção de tratamento de saúde do residente”.*

Neste artigo estão listados as principais inobservâncias das instalações. Junte-se a estas a imposição de credos religiosos e o completo desrespeito à orientação sexual dos pacientes.

Por fim, a resolução define que as comunidades teriam o prazo de doze meses para promoverem as adequações necessárias previstas na RDC, e que, as que porventura, descumprissem as disposições constituiriam infração sanitária, nos termos da Lei nº. 6.437, sem prejuízo das responsabilidades civil, administrativa e penal cabíveis.

### 3.3. Luta Antimanicomial

Para adentrarmos ao funcionamento das Comunidades terapêuticas é preciso que se recorra prioritariamente ao tema da internação voluntária. Defendida principalmente pelos especialistas das áreas da Psicologia e do Serviço Social, a luta antimanicomial tem como marco a aprovação da Reforma Psiquiátrica em 2001<sup>12</sup>. A lei aconselhava o fechamento gradativo dos hospitais psiquiátricos, e que o atendimento fosse realizada em centros de atenção psicossociais, nos quais, o sujeito estaria próximo de suas relações sociais, e não isolado como se ele próprio fosse uma doença contagiosa.

Apesar de avanços consideráveis nesta área, representantes da Associação Brasileira de Saúde Mental, defendem como o fenômeno em torno do Crack e da população em situação de rua tem aflorado o retrocesso diante da luta antimanicomial.

Isto porque, divulgam-se notícias de que não param de crescer os casos de usuários de crack que vivem na rua. Nas palavras do diretor da ABRASME, Fábio Belloni, *“construíram no imaginário popular que isso é um fenômeno novo, que há muita gente nessa situação e de que então precisamos ofertar uma nova política de saúde mental.”* Ele afirma que esSes usuários deveriam ser incorporados para atendimento nos Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas, os CAPS AD.

---

<sup>12</sup> BRASIL. Lei 10.216/2001, de 09 de abril de 2001. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF. “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”.



Todavia, há apelo de setores da sociedade que interferem nesta metodologia. Citem-se “os interesses imobiliários, o apelo da classe burguesa e a higienização social”.

Belloni é ainda mais incisivo ao dizer que as Comunidades terapêuticas são os novos manicômios, pois afastam o indivíduo de sua esfera social, segregando-o. O diretor explica que é consagrado que os tratamentos com os dependentes de substâncias psicoativas precisam estar em contato com suas relações sociais, já que “a sua diferença não os impede de trabalhar”. Logo, o retorno desta lógica de isolamento é altamente prejudicial para as políticas de saúde mental, indo contra tanto a Reforma Psiquiátrica, quanto à Constituição Brasileira, visto que a maioria destas instituições possuem viés religioso, ferindo o Estado Laico, previsto na lei suprema.

Os profissionais da psicologia destacam como principal problema a enfrentar referente a esta questão, a ideia de que para obter êxito é necessário utilizar-se de métodos que busquem a “cura” e o completo afastamento do sujeito das substâncias entorpecentes. Todavia, tal qual foi demonstrado no primeiro capítulo, as drogas sempre estiverem presentes na humanidade.

Por isso a defesa da política da redução de danos, pois a metodologia não é trocar uma droga mais pesada por outra mais leve, mas sim criar vínculos ao sujeito para que ele tenha referências além da substância, sendo elas, a família, amigos, relações profissionais ou culturais, por exemplo<sup>13</sup>.

Percebe-se, portanto, que não é este o trabalho que vem sendo realizado pelas Comunidades terapêuticas. Já que diversas delas praticam a internação compulsória e mesmo as que são por voluntariedade, utilizam do mesmo método: retirar o sujeito de seu círculo social (ou da rua) e colocá-lo em local afastado e isolado. Como será descrito no terceiro capítulo, em Curitiba, temos ótimos exemplos nesse sentido, já que a maioria das instituições encontram-se na região metropolitana.

### 3.4. Redes de Atenção Psicossocial e financiamento público

---

<sup>13</sup> BELLONI, F. Escola Politécnica Joaquim Venâncio/FIOCRUZ. Rio de Janeiro. Data: 18/05/2014. Disponível em: <http://www.epsv.fiocruz.br/index.php?Area=Entrevista&Num=88> Acesso em: 09/10/2014. Entrevista

Com a portaria nº 3.088/2011 foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial, a qual encontra-se em fase de implementação e adequação. Foi uma medida do Ministério da Saúde *“cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).”*

O problema consiste no fato de que foram agregados à rede componentes de atendimento que continuam utilizando esta criticada noção de “guerra às drogas”. Desse modo, no artigo 5º, inciso VI, a portaria prevê a desinstitucionalização, abarcando na letra ‘a’ os Serviços Residenciais Terapêuticos. No artigo 9º, inciso II, é destacado o caráter transitório destes tratamentos, que podem ser realizados por até nove meses, tendo sido expressamente mencionadas as Comunidades terapêuticas.

Note-se que a inclusão das comunidades terapêuticas na Rede de Atenção Psicossocial foi impulsionada pela “aflição” de determinados setores da sociedade para que fossem tomadas medidas para o “problema dos dependentes” – em especial os que utilizam o crack e estão em situação de rua.

Ocorre que as comunidades, *a priori*, não conseguiram o convênio para financiamento<sup>14</sup>, por não cumprirem os pré-requisitos previstos na Portaria, não existindo no início da implementação da Rede, nenhuma CT que fosse conveniada. Desse modo, estas instituições buscaram o SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - para que interviesse junto ao Ministério da Justiça e “facilitasse” o repasse dos recursos.

As críticas quanto a esta circunstância são inúmeras, principalmente, por não ter o SENAD competência para tal designação do financiamento. Novamente, tal qual como ocorrera o processo de criminalização, coloca-se o fenômeno do álcool e drogas como problema de justiça e não na área da saúde.

Saliente-se a enorme conveniência deste repasse. Já que ao enquadrar os indivíduos não titubeia-se ao intitulá-los de “doentes”. Doentes são tratados,

---

<sup>14</sup> Disponível em: <http://www.senado.gov.br/noticias/Jornal/emdiscussao/dependencia-quimica/sociedade-e-as-drogas/recursos-publicos-comunidades-terapeuticas-religiao-medicos.aspx>. Acesso em: 14/10/2014.

portanto, pela rede de saúde. Não havendo razão plausível desse modo, para que o Ministério da Justiça interviesse em favor das Comunidades.

De acordo com o site do governo federal existem atualmente 268 CT credenciadas oferecendo 6.688 leitos. Dessa maneira, percebe-se a facilitação oferecida para que as entidades funcionem - recebendo dinheiro público -, sem estarem adequadas ao proposto para o tratamento da saúde mental.

Relatório emitido pelo Conselho Federal de Psicologia<sup>15</sup> afirma que essa transferência de recursos para os “novos empresários da saúde” estará decretando o fim de uma política de saúde mental que estava estruturando-se para praticar assistência verdadeiramente efetiva. Sendo a privatização neste campo puro retrocesso para a reforma psiquiátrica. Ademais, classificam *“que as comunidades terapêuticas se constituíam na versão moderna dos antigos manicômios, seja pela função social a elas endereçada, seja pelas condições de uma suposta assistência ofertada”*.

### 3.5. Características majoritárias das Comunidades terapêuticas

Ainda que não se possa apontar características que estão presentes em todas as instituições, há certo padrão de atendimento na maioria delas. Desse modo, esmiuçaremos as principais peculiaridades, exemplificando com casos reais ocorridos em comunidades terapêuticas, com base nas denúncias expostas no Relatório de Inspeção de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia e também do Ministério Público.

Ressalte-se o reconhecimento de que as violações de direitos humanos não são as características das CT, todavia, estas apresentam-se intrinsecamente ligadas àquelas, como será demonstrado a seguir.

#### 3.5.1. Viés Religioso

---

<sup>15</sup> RELATÓRIO

A particularidade preponderante dentre as CT versa sobre o cunho religioso pelo qual elas são dirigidas e pelo modo como impõe esta religiosidade como forma de cura aos pacientes.

Perfaz necessário frisar a laicidade do Estado brasileiro. A Constituição Federal assegura a liberdade da crença religiosa aos cidadãos, além de proteção e respeito às manifestações religiosas. Assim sendo órgãos que estão recebendo financiamento advindo do poder público não poderiam impor suas crenças aos beneficiados deste tratamento. Contudo, não é o que se observa nestas instituições.

Esta característica é tão evidente nas Comunidades terapêuticas que o CONAD editou minuta de resolução que visa regular esta imposição de práticas religiosas no tratamento de pessoas com problemas decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa. A normativa ainda precisa ser aprovada pelo Governo Federal.

A resolução faz quatro considerações que versam sobre a necessidade: a) de regulamentação destas entidades - “denominadas ou não de comunidades terapêuticas” -; b) de prever garantias às pessoas acolhidas, com vistas a preservar seus direitos e evitar a sua institucionalização; c) de interligar estes locais com a rede de cuidados, atenção, tratamento e reinserção social do sistema único de saúde e do sistema único de assistência social. E ainda, considerando que estas entidades não são equipamentos de saúde mas sim de interesse e apoio dos sistemas de saúde e de assistência social.

O artigo 12º afirma que o Plano Individual de Tratamento (PIA) deverá incluir atividades terapêuticas de cunho recreativo, de desenvolvimento da espiritualidade, de promoção de autocuidado e da sociabilidade, formativas e produtivas. No artigo 15º define: “Atividades de desenvolvimento da espiritualidade são aquelas que buscam o autoconhecimento, desenvolvimento interior, fortalecimento pessoal e de valores fundamentais para a vida social.”. Não há garantias para que estas entidades possam incluir atividades religiosas no tratamento. Note-se que nada impede que o paciente pratique por si só suas crenças, todavia, vincular a recuperação dos indivíduos à obrigação destas, fere, inclusive, norma constitucional. E ademais, não se vislumbra a possibilidade de que as crenças de cada paciente sejam ofertadas nas instituições.

As comunidades terapêuticas defendem que a espiritualidade é fundamental para a recuperação dos “dependentes”. Esta conexão do duo “religião – ciência” é tão presentes nas CT que após a divulgação da minuta de resolução, diversas instituições insurgiram-se contra o CONAD. Esta insurgência contribuiu para a percepção de que as instituições não respeitam os cultos de cada indivíduo, mas sim, perpetuam a imposição de suas crenças.

Frei Hans Heinrich Stapel, fundador da Fazenda da Esperança, localizada em Guaratinguetá, afirmou que “embora os internos tenham sua orientação religiosa respeitada, precisam cumprir algumas regras, como não beber ou fumar, trabalhar e participar de atividades de cunho católico”.

Nesse mesmo sentido, Haroldo Rahm, fundador da Instituição Padre Haroldo, localizada em Campinas – SP, “*condenou uma suposta tentativa de se dissociar a questão espiritual da prática terapêutica*”<sup>16</sup>.

Saliente-se a relevância do tema, tendo em vista manifestações de dois fundadores das maiores Comunidades terapêuticas do Brasil, exemplificando como estão arraigadas estas medidas na intervenção dos sujeitos.

#### Comunidade Terapêutica “Casa de Recuperação Ressuscita em Cristo”

No intuito de elucidar este tema, escolhemos como exemplo, a “Casa de Recuperação Ressuscita em Cristo”, localizada em Gama, no Distrito Federal. Após a improvisação da igreja, feita de bambu e lona, a terapia está restrita a realização de cultos e estudos bíblicos. As atividades religiosas estendem-se do período das 07 horas às 21 horas.

Cerca de setenta homens, com problemas decorrentes do uso de álcool, crack e cocaína, participam de cultos evangélicos – duração diária média de três horas – e diversas reuniões ao longo do dia para discussão da bíblia. Há inclusive um “grito de guerra” intensamente repetido pelos pacientes “Ovelha gera Ovelha”. Não há presença de profissionais especializados, não sendo dispensado nenhum tratamento psicológico, psiquiátrico e nem medicação.

Esta comunidade terapêutica é mantida pelo deputado federal Marco Feliciano (PSC-SP) e dirigida conjuntamente pelo pastor Claiton Afonso Vieira, que

<sup>16</sup> Disponível em: [http://www12.senado.gov.br/noticias/materias/2011/04/20/comunidades-terapeuticas-reagem-a-restricoes-governamentais/imprimir\\_materia](http://www12.senado.gov.br/noticias/materias/2011/04/20/comunidades-terapeuticas-reagem-a-restricoes-governamentais/imprimir_materia) Acesso em: 10/10/2014

define: “O que leva ao crack é essa doencinha do século XXI, a depressão, um estado de profunda tristeza da alma. Para a alma, não adianta remédio, não adianta psicólogo: só Jesus Cristo”. Segundo a reportagem do site O Globo<sup>17</sup>, o aluguel da chácara é pago pelo deputado, sendo que os pacientes são encaminhados de sua cidade – Orlândia/SP – para Brasília.

Saliente-se neste ponto característica que vem tornando-se frequente quanto ao tema das CT. É o fato de os pacientes serem retirados de seus locais originais e levados para instituições que se localizam consideravelmente distantes. Tal qual o exemplo dado – 641 quilômetros. Ou seja, indivíduos que estão em situação absolutamente vulnerável, perdem seus vínculos, dificultando ainda mais a possibilidade de saírem e denunciarem as possíveis violações.

Infelizmente há o vínculo entre os políticos do Congresso Nacional e as Comunidades terapêuticas é fortemente evidenciado. Dentro da Comissão dos Direitos Humanos no ano de 2013, a vice-presidente Antônia Lúcia (PSC-AC), abriu instituição no Acre. Citam-se ainda o deputado Givaldo Carimbão (PSB-AL) e o senador Magno Malta (PR-ES) como proprietários de CT em seus estados natais. Ressalte-se que o deputado alagoano é o relator do projeto de lei que prevê internações involuntárias de “dependentes”. E o senador já declarou que “*Recupero com tratamento de cura espiritual. E com chá de capim-cidreira, o melhor diurético que existe. Não conheço ninguém que se recuperou com médico.*”.

### 3.5.2. Metodologia de tratamento

Conforme demonstrado anteriormente o viés religioso é marcante nas CT, implicando que as unidades não se preocupem em utilizarem os métodos de tratamento discutidos na Reforma Psiquiátrica. Dessa forma, muitas delas, usam o discurso da “cura pela religião, pela oração”. Durante as crises de abstinência chamam os internos para conversar e orar, e por vezes, os trancam em quartos “até que isso passe”.

---

<sup>17</sup> Comunidades Terapêuticas e Parlamentares. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/brasil/comunidades-terapeuticas-mantidas-por-parlamentares-podem-ganhar-verba-federal-8237104>> Acesso em 10/10/2014

Ainda, existem instituições que alegaram empregar os “Doze Passos” – programa utilizado nos Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos.

É comum, portanto, a carência de projeto terapêutico, que conjuntamente a ausência de profissionais da área da saúde e psicologia, coloca estes lugares em situação longínqua dos princípios da Política de saúde mental.

#### “Comunidade Terapêutica do Poder Superior”

Em Itaara, no Rio Grande do Sul, estabelece-se esta comunidade, que é conveniada com o Governo estadual, e recebe R\$1.000,00 (mil reais) por mês por interno. Para o “tratamento” são utilizadas técnicas de coerção moral, utilizam também os Doze Passos. A cada três meses realiza-se prática chamada de Confronto, na qual a pessoa senta no centro de uma roda e os demais ficam lhe apontando “suas falhas de caráter e problemas de personalidade”. Seguem alguns exemplos citados:

*“Chamam de vagabundo, sem vergonha, arrogante, prepotente, que abandonou a família, que maltratava os parentes, sem futuro, não vale nada, irresponsável, filhinho de papai, que vai recair assim que for embora, entre outros” (sic). A pessoa deve ficar em silêncio ouvindo tudo e sabendo que ali se expressa “a verdade sobre a sua personalidade” (sic), que tudo que é dito ali “se confirma na realidade” (sic), porque “quando eles saem dali, acabam recaindo e mostrando que tudo aquilo que foi dito era uma profecia que se realiza, não é dito nada mais do que a verdade” (sic)<sup>18</sup>.”*

Após essa confrontação, colocam a pessoa em isolamento, sem conversar com ninguém e sem poder participar das atividades de lazer – é o que chamam de “deserto”. Afirmam que o indivíduo deve refletir sobre o que lhe foi falado, para que possa realmente mudar. A Comunidade Terapêutica afirma que essas técnicas estão baseadas na trilogia “oração – trabalho – disciplina”.

#### 3.5.3. Trabalho: Exploração e Lucro

---

<sup>18</sup> 4º Relatório de Inspeção em Direitos Humanos – : Conselho Federal de Psicologia. Disponível em: <[http://www.crp.org.br/portal/midia/pdfs/Relatorio\\_Inspecao\\_Direitos\\_Humanos.pdf](http://www.crp.org.br/portal/midia/pdfs/Relatorio_Inspecao_Direitos_Humanos.pdf)>- Acesso em: 14/10/2014. P. 126

Outra característica presente em praticamente todas as CT é a obrigação de diversos tipos de trabalhos nestas instituições. A nomeação trata-se da mesma utilizada em manicômios e hospitais psiquiátricos: laborterapia. As atividades desenvolvidas envolvem desde práticas de limpeza, jardinagem, elaboração da alimentação, até realização de trabalhos que buscam gerar lucro para a instituição e seus fundadores.

O Conselho Federal de Psicologia, quando da realização do Relatório de Inspeção dos Direitos Humanos, bem frisou que o trabalho é um direito, não devendo ser disponibilizado como forma de tratamento. Note-se que ao obrigarem os pacientes a realizarem essas atividades, dispensam-se funcionários, contribuindo ainda mais, para a lógica de obtenção de lucro. Relatam “*Trabalha-se para combater o ócio, para limitar a liberdade e submeter à ordem*<sup>19</sup>”, e mais, sem qualquer tipo de remuneração, de garantias trabalhistas e proteção.

A minuta da Resolução do CONAD também prevê regularização das atividades laborais realizadas nas CT. Se for aprovada, ficarão proibidas atividades formativas que envolvam a comercialização de produtos por parte dos acolhidos, tanto interna quanto externamente a unidade. Ainda, será vedada a utilização dos internos como mão de obra para a manutenção de serviços – fato que ocorre em diversas instituições.

Ademais, o paciente terá de concordar expressamente com a realização da atividade, que inclusive derá estar descrita no seu Plano Individual de Atendimento.

Como exemplo, apresentaremos comunidade localizada em Goiás, que colocou os internos em condições de trabalho análogas aos de escravos.

#### “Comunidade Terapêutica Portal da Vida”

Após realização da Operação Monte Cristo, o Ministério Público do Estado de Goiás<sup>20</sup> denunciou os diretores da CT Portal da Vida, localizada em Cachoeira

<sup>19</sup> 4º Relatório de Inspeção em Direitos Humanos – : Conselho Federal de Psicologia. Disponível em: <[http://www.crpsp.org.br/portal/midia/pdfs/Relatorio\\_Inspecao\\_Direitos\\_Humanos.pdf](http://www.crpsp.org.br/portal/midia/pdfs/Relatorio_Inspecao_Direitos_Humanos.pdf)>- Acesso em: 14/10/2014. p. 192

<sup>20</sup> Ministério Público de Goiás, Operação Monte Cristo. Disponível em: <<http://www.mpggo.mp.br/portal/noticia/operacao-monte-cristo-oferecida-denuncia-contra-donos-de-clinica-de-recuperacao-em-cachoeira-dourada#.VD04DPIdXXs>> – Acesso em 14/10/2014



Dourada – GO. Pedro Ceschim e Daniel Garcia foram acusados pelos crimes de associação criminosa, cárcere privado, redução à condição análoga à de escravo, maus-tratos, tortura, receptação, venda e fornecimento de produtos que causam dependência física e psíquica a menores, crime contra relação de consumo, tráfico de drogas.

Cerca de oito internos foram submetidos a jornadas de trabalho exaustivas na construção civil, realizando obras, inclusive, para a Prefeitura Municipal de Cachoeira Dourada. Os pacientes não recebiam nenhuma quantia salarial pelo serviço, e mais, caso se recusassem a cumprir os trabalhos, recebiam maus tratos.

Em depoimento, um dos acolhidos – menor de idade – afirmou, *“que existia um ‘quarto de tortura’, onde os internos recebiam ‘castigos’ como chutes, socos e golpes de enforcamento”*. O laudo de exame pericial encontrou dois “cassetetes” de madeira que eram utilizados para as sessões, que de acordo com os internos, duravam cerca de trinta a quarenta minutos. Para despistar as famílias, os dirigentes afirmavam que as lesões eram decorridas de brigas entre os próprios pacientes, e que as dores, advinham das crises de abstinência.

#### 3.5.4. Punições: castigos, torturas e violências físicas

Diversas comunidades terapêuticas utilizam a lógica da punição para manter sob controle os pacientes. É abusando do fato de os indivíduos estarem em situação vulnerável que permite o aprisionamento destes nas unidades. Por meio de ameaças verbais e físicas, exigem que os pacientes cumpram as ordens que lhe são dadas, ainda que a maioria destas, esteja em total inconformidade com as normas para funcionamento das CT.

As denúncias abrangem situações vexatórias, e despertam ainda mais a atenção para a necessidade de monitoramento e fiscalização dessas instituições antes de se liberar altos valores advindos do Poder Público. Destaca-se que grande parte delas são financiadas pelas famílias dos pacientes e recursos derivados das igrejas e doações de fiéis. Ainda, como mencionado, a própria renda do trabalho dos internos também é uma fonte de financiamento.

As punições ocorrem por diversas razões. Há locais – como o Caso 2 – que os internos recusam-se a realizar os trabalhos e são torturados. Há instituições que se os participantes não quiserem participar dos cultos e estudos bíblicos, são punidos e não podem participar de atividades recreativas, como assistir televisão e jogar futebol.

“Centro de Recuperação de Dependente Químico Gratidão Ltda”

Localizada em Bragança Paulista-SP a instituição tem capacidade para 30 internos. O financiamento é feito pela família dos pacientes.

Simple recusa de participação em atividade de educação física já enseja a punição. Os internos relataram que estas “medidas educativas” tem variação de acordo com o grau de desobediência. Destacam-se algumas destas medidas: *proibição de fumar, perda do direito a visita, retirada da atividade de lazer, impedimento de contato com a família, escrita reiterada do Salmo 119 da Bíblia, isolamento em um dos dormitórios, obrigatoriedade de cavar um buraco das dimensões de seu corpo e agressões físicas*<sup>21</sup>. Para uso nas agressões, os pacientes relataram sobre a existência de um pedaço de madeira escrito a palavra “Gratidão”.

Um dos internos declarou que a escavação significa: *“cavar uma cova que seja do tamanho da pessoa que descumpriu a ordem, para que ela veja que quando não obedece, está cavando a própria cova”* (sic).

Não bastasse tudo isso, a Defensoria Pública do Estado de São Paulo e o Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Pessoa Humana (Condepe-SP) - que foram os parceiros dos psicólogos dos Conselhos Federais e Regionais na elaboração do Relatório -, ainda ouviram informações dos internos que noticiavam casos de cortes de cabelo à força e retirada de pessoas no meio da noite para agressão. A equipe verificou ainda que todos os abrigados usavam chinelos de dedo, sendo que a justificativa da direção era a de que eles roubariam os tênis e venderiam para adquirir drogas. Todavia, as vítimas afirmaram que era para dificultar a fuga, já que há diversos cachorros cercando o estabelecimento.

---

<sup>21</sup> [http://www.crpsp.org.br/portal/midia/pdfs/Relatorio\\_Inspecao\\_Direitos\\_Humanos.pdf](http://www.crpsp.org.br/portal/midia/pdfs/Relatorio_Inspecao_Direitos_Humanos.pdf) acesso em 14/10/2014

Por fim, a denúncia averiguou a utilização de quartos de isolamento - com punições de duração de algumas horas até três dias, e violências psicológicas, com humilhações e xingamentos, tais quais: “*Você está aqui por ser filhinho de mamãe e papa*”; “*Você não é malandrão, e sim um bandido fracassado*”. Segundo o diretor, seriam frases de incentivo.

#### “Clínica La Ravardiere”

Com o auxílio da Comissão de Direitos Humanos da OAB e a Secretaria Especial de Direitos Humanos e Cidadania do Maranhão, o CFP visitou a comunidade terapêutica La Ravardiere. Quem financia é o SUS, a prefeitura e uma fonte não identificada - – federal, estadual ou municipal) que custeia os internos encaminhados pelo sistema prisional.

A grande diferença desta CT é que possui a presença de sete médicos e cinco enfermeiros, condição rara nas instituições. Contudo, o avanço não impressiona, tendo em vista que o principal método utilizado é o eletrochoque em pacientes que não reagem à terapia medicamentosa. A justificativa para uso desta metodologia é, nas palavras do médico que “o paciente melhora, sai da crise”. O CFP definiu a unidade como lugar de cuidado e cumprindo função de cárcere.

#### 3.5.5. Sexualidade, orientação sexual e identidade de gênero

No que tange ao tema da sexualidade, as CT pregam a abstinência sexual como parte do tratamento. Na maioria das unidades, isso é estimulado com três justificativas principais: política da instituição, motivo religioso e pela questão da saúde.

Não há abordagem sobre o tema e muito menos distribuição de preservativos – inclusive nas instituições que não declaram expressamente a proibição. Há relatos que declaram que a abstinência serviria para educar e ensinar

aos pacientes tudo o que eles estariam perdendo por conta do uso da droga. Além da proibição à visita íntima, alguns locais, explicitamente, proíbem a masturbação<sup>22</sup>.

No tocante à orientação sexual observam-se muitas barbáries, já que na grande maioria, a homossexualidade é considerada como doença a ser curada. Nas instituições que aceitam, os depoimentos abarcam situações de isolamento do paciente (trancando-os em quartos), até a imposição da condição de acolhimento, qual seja, a de que o interno irá “mudar sua orientação sexual”.

Quanto a identidade de gênero o que ocorre é o completo desrespeito, exigindo que os pacientes “retornem ao gênero” que não se identificam, inclusive sendo proibidos de utilizarem seus nomes sociais.

#### Comunidade Terapêutica “Lar Cristão Alma Feminina”

Esta CT assenta-se em Cuiabá – MT e abriga somente mulheres. Não possui metodologia terapêutica, afirmando que “somente a palavra de deus cura”. É dirigida por pastor da Assembleia de Deus. Quando desobedecem alguma regra da instituição, tem suas refeições suspensas, até que se adequem ao que lhes foi proposto.

A abstinência sexual é motivada por questões religiosas. As lésbicas são consideradas como doentes e convencidas a deixar a homossexualidade. Em casos de lésbicas que se envolveram, foram separadas de quarto, e foi pregado na CT, de acordo com a doutrina religiosa lá aplicada, que a homossexualidade é errada.

#### “Comunidade Terapêutica Adequar”

Com localização em Betim-MG, esta instituição possui convênio com o governo estadual de Minas Gerais, recebendo financiamento para sua manutenção. O terreno em que está alocada pertence à Igreja Tenda do Avivamento, sendo também uma das mantenedoras.

---

<sup>22</sup> Como exemplo cita-se a Clínica da Alma, localizada em Mato Grosso do Sul. Os internos podem sair somente aos domingos para irem ao culto da igreja – sendo este também o único momento em que encontram suas famílias. O Relatório do CFP informou que tanto os pacientes, como o coordenador e técnicos da instituição, mencionaram expressamente a proibição da masturbação.

Os internos não podem sair e nem ter celular. Não têm acesso a qualquer meio de comunicação, e segundo o relatório do CFP, há completo rompimento de todos os laços sociais e afetivos.

Teoricamente a CT afirma que não problema em receber homossexuais/transgêneros/transexuais, contudo, na prática, restou confirmado que estes indivíduos são tratados como doentes e carentes de cura. Há presença de uma travesti, que após estender roupa íntima feminina no varal, foi convocada para conversar, e proibida de expor tais vestimentas em local “masculino”. A nota da inspeção explana: *“Observamos que todas as vezes em que se referiu a esta interna o responsável se referiu a ela no pronome masculino. A homossexualidade não pode ser demonstrada, ‘a pessoa que quer ficar aqui tem que querer se curar’.”* A transexual foi impedida de andar “travestida”.

#### 3.5.6. Comunicação – Isolamento e Violação constitucional

A incomunicabilidade a que são submetidos os pacientes está dentre as principais características das comunidades terapêuticas. Contrariando completamente a ideia de Maxwell Jones, de manter o indivíduo em seu círculo social, integrando-o ao seu próprio tratamento, o que vem ocorrendo é o isolamento desses sujeitos.

São proibidos de utilizar telefone – por vezes durante todo o tratamento -, não podem receber visitas com frequência – ou até mesmo nunca -, têm suas correspondências violadas e monitoradas. As tentativas de encarceramento são inúmeras.

Nas unidades em que os meios de comunicação são permitidos (televisão e rádio principalmente), caso não haja obediência as regras da instituição, a punição está na retirada do direito de usufruir destes “benefícios”. Há locais que permitem somente o acesso à rádios evangélicas e à computadores sem internet.

A questão da violação de correspondência evidencia a comparação entre as comunidades terapêuticas e os presídios. Ferindo norma constitucional<sup>23</sup>, as instituições não se limitam para instituir o máximo controle sob seus internos.

#### “Comunidade Terapêutica Ele Clama”

No estado de Minas Gerais na cidade de Contagem localiza-se a Comunidade Terapêutica Ele Clama. O financiamento é realizado por doações de pessoas físicas e de uma dupla sertaneja. Ainda possuem convênio com a Prefeitura Municipal de Contagem e recebem R\$6.000,00 (seis mil reais) por mês.

Os familiares podem visitar os pacientes quinzenalmente. E não há possibilidade de escolha do interno em decidir quem deseja receber – cabe à família esta decisão. As visitas são sempre monitoradas. As ligações também são quinzenais, com duração de no máximo quinze minutos. Os funcionários *“Alegam que é necessário ficar alerta, pois os internos podem pressionar a família a fazer algo que seja do seu desejo, mas que não seja benéfico ao seu acompanhamento.”*.

São impedidos de ouvir rádio, acessar a internet ou qualquer outro meio de comunicação – *“devendo desligar-se completamente do mundo lá fora”*.

#### Comunidade Terapêutica “Shalom and Life”

Financiada pela Unimed, Amil e Bradesco Seguros, essa instituição está alocada em Macaé-RJ. A comunicação é permitida somente duas vezes por semana, pelo telefone. E somente será feita com o familiar que acompanhou o processo de admissão – momento em que lhe é dado uma senha. As visitas são quinzenais, aos domingos. Segundo o relatório do CFP é obrigatória a passagem pela Diretoria de todas as correspondências enviadas ou recebidas.

Ainda, fora do âmbito da comunicação, mas que merece destaque por igual, é o fato da obrigatoriedade de realização de exame “anti-HIV” para ser admitido na unidade.

---

<sup>23</sup> Constituição Federal, artigo 5º, inciso XII - é inviolável o sigilo da correspondência e das comunicações telegráficas, de dados e das comunicações telefônicas, salvo, no último caso, por ordem judicial, nas hipóteses e na forma que a lei estabelecer para fins de investigação criminal ou instrução processual penal; (Vide Lei nº 9.296, de 1996)

### 3.5.7. (Falta de) Infraestrutura:

Não obstante as inúmeras violações aos direitos dos internos, a precariedade da estrutura dos locais precisa ser mencionada. O já anteriormente referido relatório do CFP apresenta condições que não preenchem os mínimos requisitos para a garantia da dignidade da pessoa.

Quartos pequenos e lotados, janelas com grade, esgoto a céu aberto e o desrespeito às normas da vigilância sanitária para a preparação de alimentos, são apenas alguns dos exemplos que ocorrem nas CT.

#### Comunidade “Casa de Recuperação Jesus é o Caminho”

Localizada em Alvorada no Rio Grande do Sul, a instituição já teve financiamento da prefeitura municipal, porém, por não prestar contas, o auxílio foi suspenso. É mantida atualmente por doações da comunidade e pela instituição religiosa de que é derivada. Já recebeu internos por ordem judicial – internação compulsória, e há pessoas em situação de rua, trazidas pelo pastor.

Não há médicos e enfermeiros. O armazenamento de remédios está em local inadequada, tanto pela questão da estrutura física, quanto pela segurança. A equipe institucional é formada por um psicólogo que compare à unidade quinzenalmente, por irmã evangélica e ex-dependentes químicos.

A inspeção do CFP destaca a precariedade do local. Afirma que existem duas sedes próximas. Na casa, há apenas um dormitório com dez camas. Descrevem que em toda a CT havia sujeira e mau cheiro. Os equipamentos e alimentos da cozinha não estavam em condições adequadas. Havia um banheiro improvisado no qual corria esgoto a céu aberto.

No mesmo terreno há diversas tendas que abrigam dormitórios, sede administrativa, padaria, almoxarifado e sala de oração. A estrutura também é pífia. Camas, roupas de cama, beliches, tudo em péssimo estado. Destaca-se que em caso de incêndio, as possibilidades de fuga seriam mínimas, *“já que os dormitórios ficam trancados com correntes e cadeados após a sessão religiosa da noite até o*

*amanhecer*<sup>24</sup>". Ausência de ventilação e iluminação também foram constatadas. Outro ponto salientado pela equipe que realizou o relatório, foi o fato de terem encontrado alimentos em estado de putrefação, fogão feito com tijolos e chapa de ferro, num local totalmente insalubre.

### 3.5.8. Liberdade: do internamento ao fim do tratamento

As formas de admissão das Comunidades terapêuticas são as mais variadas. Há entrada de pacientes por indicação dos familiares e pelo sistema penal, pela remoção das pessoas em situação de rua, precedidas de tratamento de desintoxicação na rede hospital. Notam-se inúmeros casos de internação compulsória, especialmente no que tange à população em situação de rua.

Do mesmo modo, ainda que algumas entidades prevejam o tempo máximo de tratamento, a decisão acerca da saída raramente cabe ao interno, sendo comum ou o coordenador da CT ou a família, decidir sobre o fim do atendimento.

Ressalte-se como este desvio de deliberação, mais uma vez, foge completamente ao conceito original da comunidade terapêutica e também aos preceitos da Reforma Psiquiátrica, já que ignora a vontade do paciente em ser tratado.

#### Comunidade Terapêutica "Desafio Jovem de Manaus"

Localizada em Manaus-AM recebe financiamento da Secretaria de Estado de Assistência Social (Seas) e Secretaria Municipal de Saúde (Semsu). Nesse local, segundo o relatório, há indícios de internação compulsória, que seriam enviados pela SEAS. Após a admissão os pacientes só podem sair para visitar a família passados dois meses. Para facilitar este controle, objetos pessoais e dinheiro ficam em poder dos conselheiros.

---

<sup>24</sup> Caracterizando-se como confinamento.



Em casos de desistência comunicada, “a estratégia da unidade é criar um ‘labirinto de dificuldades’, situação em que o interno conversa com quatro ou cinco pessoas, na tentativa de convencimento a ficar<sup>25</sup>”.

### 3.6. Violações de Direitos Humanos

Demonstrou-se nos tópicos anteriores as características principais que envolvem as comunidades terapêuticas. Observe-se que estas peculiaridades estão intrinsicamente ligadas com as violações de direitos humanos. Desrespeito aos direitos de liberdade – de crença religiosa, de expressão, de comunicação, de ir e vir -, às garantias trabalhistas, ao direito à saúde e à alimentação, à dignidade da pessoa.

A autonomia do sujeito é ignorada e os pacientes tornam-se verdadeiros presos nessas instituições, e mais, com diversas obrigações. Preparar refeições, trabalhar exaustivamente, comparecer a diversos cultos por dia. Por vezes não escolhem começar o tratamento – internação involuntária – e quase sempre não optam por terminá-lo.

As comunidades terapêuticas reúnem em um só local todas as transgressões aos direitos fundamentais, e ainda assim, foram abarcadas pelo apoio financeiro do Estado - mesmo após diversas notificações e pareceres dos órgãos diretamente envolvidos com a Luta Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica. Restando evidente, portanto, a negligência e provável conveniência do Governo brasileiro.

---

<sup>25</sup> 4º Relatório de Inspeção em Direitos Humanos – : Conselho Federal de Psicologia. Disponível em: <[http://www.crpsp.org.br/portal/midia/pdfs/Relatorio\\_Inspecao\\_Direitos\\_Humanos.pdf](http://www.crpsp.org.br/portal/midia/pdfs/Relatorio_Inspecao_Direitos_Humanos.pdf)>- Acesso em: 14/10/2014. p. 31

## **4 CONSTRUÇÃO DOS MARCOS LEGAIS: DO CONCEITO A RESPONSABILIZAÇÃO**

### **4.1. Conceito jurídico das Comunidades Terapêuticas**

As comunidades terapêuticas não possuem legislação específica para seu funcionamento. Como restou fundamentado neste trabalho, as normas que as regem são direcionadas aos mais diversos órgãos que atuam com a política sanitária, sem que haja para as CT normativa específica.

Sendo assim, as entidades estão num limbo jurídico, fato que dificulta o monitoramento de suas atividades, e permite que operem sob o aspecto da doutrinação religiosa e da fonte de geração de lucro – por meio do trabalho dos pacientes, mensalidades pagas pelas famílias e, principalmente, pelo recebimento de incentivo financeiro do poder público.

Note-se todavia que o Governo Federal, através da SENAD, vem se articulando junto à CONFENACT (Confederação Nacional das Comunidades Terapêuticas) para instituir o Marco Regulatório das CT.

A SENAD objetiva discutir e aprovar uma Resolução específica do CONAD com a descrição da modalidade de CT, visto que a atual RDC Nº 29 da ANVISA não especifica o modelo.

Os representantes das comunidades terapêuticas pretendem que o texto seja baseado no PLC 037/2013 - em trâmite no Senado, este projeto pretende alterar a Lei nº 11.343/2006, e instituir as CT como unidades de acolhimento.

A defesa de interesses particulares tornou-se evidente com a aprovação da Lei nº 12.868/2013, que remete o registro das CT junto à saúde para fins de obtenção do CEBAS (Certificado Entidade Beneficente de Assistência Social). O contexto<sup>26</sup> dessa decisão inclui a pressão da Casa Civil e da então Ministra, Gleisi Hoffman para que os interesses das comunidades terapêuticas fossem atendidos.

Ressalte-se que a CONFENACT propõe que as CT sejam registradas como Entidades de Interesse da Saúde, sem os critérios exigidos para o registro de

---

<sup>26</sup> Marco Regulatório das CT. Disponível em: < <http://drogasedireitoshumanos.org/tag/comunidades-terapeuticas/> > Acesso em: 23/10/2014

Entidades e/ou Estabelecimento de Saúde, “*considerando que o modelo de CT é algo específico, um modelo de acolhimento alternativo ao tratamento médico, clínico ou hospitalar*”<sup>27</sup>.

#### 4.2. Parâmetros de Fiscalização

Atualmente a competência de fiscalização das comunidades terapêuticas é da esfera municipal por meio da vigilância sanitária. O artigo 18º da Lei nº 8.080/90<sup>28</sup> dispõe que compete à direção municipal do SUS, “*XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde*”. Ademais, os estados podem auxiliar na elaboração de padrões para que a licença sanitária seja concedida.

Desse modo, o Paraná promulgou o Decreto Estadual nº 5711/2002<sup>29</sup>, que dispõe sobre a organização, a regulamentação, a fiscalização e o controle das ações e dos serviços de saúde nas esferas estadual e municipal.

No caso específico das CT, a Superintendência de Vigilância em Saúde - SVS e o Departamento de Vigilância Sanitária - DEVS do Paraná elaboraram Roteiro de Inspeção – Rede Comunidades Terapêuticas. Este documento contempla todas as exigências da RDC-029, estando presentes itens que incluem: a verificação de estrutura de profissionais, se as instalações estão regularizadas perante o poder público (alvará e licença sanitária atualizada), condições organizacionais (o roteiro especifica todas as atividades que devem conter nas fichas individuais dos residentes), ainda se são respeitadas as escolhas religiosas, orientação sexual e identidade de gênero, se a permanência dos pacientes na instituição é voluntária, questões referentes à infraestrutura, água, alojamento, setor de reabilitação, de apoio logístico, e por fim, medicamentos.

Frise-se o quão completo é este documento, e que, se fosse aplicado pelas autoridades da vigilância sanitária dos municípios, de fato evitaria a possibilidade de

---

<sup>27</sup> Reunião realizada pela SENAD e CONFECNAT – Fevereiro de 2014. Disponível em: <http://www.confenact.org.br/?p=97> Acesso em: 23/10/2014

<sup>28</sup> Lei nº 8.080 DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

<sup>29</sup> Regulamenta a Lei nº 1331/2001.

continuarem funcionando comunidades terapêuticas que realizam diárias violações de direitos fundamentais. A pressão dos governos estaduais e do governo federal deve focar-se na aplicação de roteiros como este, e jamais, na facilitação de repasse de verbas.

Ressalte-se ainda, a importância do Ministério Público nessa fiscalização. Sendo declaradamente relevante o direito à saúde na Constituição de 1988 é perfeitamente possível a requisição, pelo Ministério Público Estadual, junto à Secretaria Municipal de Saúde, de realização de visita técnica, para fins de constatação das adequações e desconformidades.

Restando evidente, portanto, a necessidade de unir forças para que se consiga monitorar, fiscalizar e dar prosseguimento à responsabilização das irregularidades constatadas.

#### 4.3. Caso Comunidade Terapêutica “Instituto Gratidão”

Diante da exposição das mais variadas violações de Direitos Humanos, busca-se neste último capítulo, por meio de enfoque lógico-empírico, demonstrar possibilidade de encaminhamento de denúncia e, assim, propor alternativas que visem fiscalizar, monitorar e impedir novas infrações nas comunidades terapêuticas.

Nesse sentido, o Núcleo de Prática Jurídica da Universidade Federal do Paraná, por meio do Projeto de Extensão: “*Direitos da população em situação de rua: concretizando a cidadania*”, articulou parceria com o Centro Estadual de Defesa dos Direitos Humanos da População em Situação de Rua e Catadores de Materiais Recicláveis – CEDDH.

O Centro de Defesa recebeu diversas denúncias de pessoas em situação de rua sobre as inúmeras irregularidades do Instituto Gratidão. Esta comunidade terapêutica localiza-se em Piraquara, região metropolitana de Curitiba. Os relatos envolviam, principalmente, questões de trabalhos forçados e violações do direito à saúde.

Desse modo, em junho de 2013 o NPJ-UFPR e o CEDDH encaminharam denúncia para o Ministério Público do Trabalho, Ministério Público Estadual –

Comarca Piraquara (Promotoria da Saúde e Promotoria da Defesa dos Direitos e Garantias Constitucionais) e Promotoria de Justiça do Foro Regional de Piraquara.

O documento relatava: o modo de admissão – pastores evangélicos abordavam a população na região do Terminal do Guadalupe e ofereciam tratamento gratuito; a obrigatoriedade do trabalho – ao chegarem à instituição eram informados de que para pagar a estadia deveriam trabalhar na produção e venda de chaveiros; a ausência de profissionais da saúde e projeto terapêutico. Assim foi requerida a instauração de inquérito civil para investigação do caso.

Diante desta denúncia a Promotoria de Justiça de Piraquara instaurou procedimento administrativo a fim de instruir a denúncia (Notícia de Fato nº MPPR – 0111.13.000097-4) e solicitou inspeção sanitária no estabelecimento. A partir dessa inspeção, foi constatado que, tal como apontavam as denúncias, a Casa Gratidão não oferece atendimento terapêutico adequado, carecendo de equipe multiprofissional, e tampouco oferece atividades terapêuticas programadas de acordo com as demandas e especificidades dos acolhidos e atendimento individualizado.

No que tange ao trabalho forçado, durante a visita foi constatado que haviam 22 internos, destes 10 estavam na rua vendendo chaveiros, 10 na instituição produzindo chaveiros e outros 2 estavam em serviço médico.

Do mesmo modo, em depoimento tomado pelo Ministério Público do Trabalho no início de 2014, um interno (que teve sua identidade preservada diante do medo de retaliação), afirmou que assim que chegou no Instituto foi obrigado a assinar um termo de trabalho voluntário, sendo esse termo um pré-requisito para sua admissão. Informou que haviam metas diárias na venda dos chaveiros, e que se estas não fossem cumpridas sofriam coação moral e física. Ainda relatou que as ameaças eram frequentes, fato que explicava o porquê da ausência de depoimentos denunciando a situação.

Todavia, o que ocorreu inicialmente, foi que a Secretaria de Saúde apenas orientou a comunidade a adequar-se as normas da Portaria 3088/2011<sup>30</sup>, mesmo após constatar que o Instituto Gratidão não tinha alvará de funcionamento e nem licença da vigilância sanitária. Diante disto, o NPJ-UFPR e CEDDH reiteraram os pedidos de providências às instituições responsáveis.

---

<sup>30</sup> Portaria 3088/2011: Instituiu a Rede de Atenção Psicossocial

Saliente-se a imensa dificuldade frente a essa questão. As comunidades terapêuticas comprovadamente cometem diversas violações de direitos fundamentais, contudo, por fatores econômicos e políticos, não se consegue atribuir a devida responsabilização pelas infrações.

Este é o fator fundamental para que as instituições fiscalizadoras do Estado – principalmente o Ministério Público – envolvam-se e auxiliem na garantia de cidadania e dignidade para estes sujeitos em situação absolutamente vulnerável. Parcerias como a da Universidade e órgãos protetores dos direitos humanos facilitam a averiguação de denúncias, contudo, é essencial que o poder público atue ativamente – e prioritariamente – na questão, seja para exigir as adequações necessárias, ou fechar as instituições.

#### 4.4. TAC

Procurando encontrar meios alternativos para a solução das ocorrências nas comunidades terapêuticas a fim de, *a priori*, evitar a medida extrema do fechamento, elenca-se o TAC – Termo de Ajustamento de Conduta.

O termo vincula as instituições a assumirem compromissos para que se adequem à RDC/ANVISA nº 29/2011. Firmado este pacto junto aos órgãos públicos, em especial o Ministério Público – estadual ou federal -, as CT comprometem-se para em determinado prazo realizarem as mudanças necessárias, sejam elas na estrutura física, administrativa, de recursos humanos, de projeto terapêutico.

O TAC pretende evitar a demanda judicial, não sendo apenas um mero protocolo de intenção, de modo que para cada CT é necessário que seja instaurado procedimento para verificar as particularidades de seu funcionamento. Caso haja o descumprimento as entidades podem – e devem – ser fechadas.

Aponte-se que a alternativa aqui proposta do TAC parte do pressuposto de que não será medida meramente paliativa, a fim de prorrogar a atuação destes grupos econômicos e religiosos. A ideia é que para aquelas instituições que não estão em situação absolutamente precária – desrespeitando todas ou a maioria das

normas -, haja a possibilidade de modificarem suas atividades para que se fixem de modo adequado.

Ademais, a convocação dos órgãos fiscalizadores e principalmente a comunidade jurídica, perfaz-se fundamental para que estes compromissos sejam de fato assumidos. Sendo, portanto, necessário que estes prazos sejam curtos, já que por diversas vezes foi ofertado a estas comunidades terapêuticas a possibilidade de mudança.

A situação dessas instituições é tão crítica, que lamentavelmente, casos de CT que funcionam sem o alvará da vigilância sanitária são extremamente comuns, de modo que, é importante reforçar que somente após o cumprimento do TAC deverão ter estes documentos expedidos – e caso, não o cumpram, devem ser imediatamente fechadas.

Adequar estas comunidades terapêuticas não significa de modo algum compactuar com as violações ocorridas. Saliente-se que todos os casos devem ser averiguados individualmente, responsabilizando as entidades pelos atos de castigos e torturas realizados.

O TAC serve, tão somente, para os descumprimentos relativos a estrutura dos locais, seja ela do projeto terapêutico ou de instalações físicas dos empreendimentos. Neste termo é importante constar a garantia de laicidade das atividades nas comunidades terapêuticas, impedindo que orações e cultos sejam designados como métodos de tratamento.

#### 4.5. Comunidades Terapêuticas e o SUS

Perfaz-se necessário neste momento assumir posição que não concorda com o vínculo de Comunidades Terapêuticas ao SUS, pois admitir isto seria um retrocesso diante de tantas conquistas da Reforma Psiquiátrica.

Após assinar a Declaração de Caracas<sup>31</sup>, o Brasil comprometeu-se a desenvolver novas políticas públicas para a saúde mental já que a atenção

---

<sup>31</sup> Declaração de Caracas: Adotada pela Organização Mundial de Saúde em Caracas, Venezuela, 14 de novembro de 1990. CONCLAMAM: Os Ministérios de Saúde e Justiça, os Paramentos, a Seguridade Social e outros prestadores de serviços, as organizações profissionais, as associações

psiquiátrica convencional – institucionalizada nos hospitais psiquiátricos – não permitia “*alcançar os objetivos compatíveis com uma atenção comunitária, integral, descentralizada, contínua, participativa e preventiva*”<sup>32</sup>. E neste sentido, o Estado vinha cumprindo com as metas, como quando promulgou a Lei nº 10.216/2001.

Contudo, a atuação e pressão de bancada fundamentalista do Congresso tem permitido que as comunidades terapêuticas passem a fazer parte da Rede de Atenção Psicossocial, deste modo, integradas à rede de financiamento de gastos com saúde.

Conforme explanado exaustivamente neste trabalho, estas entidades não adequam-se aos preceitos elencados em todo o cenário mundial acerca do tratamento de pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, principalmente pelo uso de internação involuntária.

Esta posição foi sustentada na IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, o maior fórum de discussão acerca da política de sanidade mental. Em carta aberta o Conselho Federal de Psicologia e o Renila definem que a escolha pelo tratamento em comunidade terapêutica - e pela supressão dos direitos de cidadania – seja decisão efetuada no plano individual, “*mas jamais como oferta da política pública e resposta do Estado à sociedade*”<sup>33</sup>. De modo que o que clamam estes especialistas é a ampliação da rede substitutiva.

#### 4.5.1. Rede Substitutiva

A alternativa para tratar destes “usuários” – assim classificados pela atual política proibicionista de drogas – está na ampliação da rede substitutiva. Esta

---

de usuários, 3 universidades e outros centros de capacitação, organizações de defesa dos direitos humanos e os meios de comunicação social, com o objetivo de apoiar a reestruturação da Atenção Psiquiátrica, assegurando assim o êxito na sua implementação em benefício das populações da região.

<sup>32</sup> Declaração de Caracas, artigo 1º. Venezuela, 14/11/1990.

<sup>33</sup> Carta Aberta aos Delegados DA 14ª Conferência Nacional de Saúde: POR UMA POLÍTICA PARA OS USUÁRIOS DE ÁLCOOL, CRACK E OUTRAS DROGAS SEM SEGREGAÇÃO E EM LIBERDADE. Brasília, dezembro de 2011. Disponível em: <[http://www.crpso.org.br/portal/midia/pdfs/carta\\_delegados\\_conferencia\\_de\\_saude.pdf](http://www.crpso.org.br/portal/midia/pdfs/carta_delegados_conferencia_de_saude.pdf)> Acesso em: 20/10/2014



política está comprometida com a cidadania dos sujeitos e o respeito aos princípios declarados ratificados na Convenção de Caracas.

Esta expansão está refletida na implementação dos CAPS-ad 24 horas (Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas) e dos CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil), lembrando que estes centros buscam além do tratamento imediato, em casos de crises de abstinência, a reinserção social do indivíduo, já que este atendimento é realizado diariamente com o paciente em liberdade. Sendo assim, permitem o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua.

Do mesmo modo no investimento das Unidades de Acolhimento Transitórios, instituídos pela Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012. De acordo com a mencionada legislação:

*“§ 1º A Unidade de Acolhimento tem como objetivo **oferecer acolhimento voluntário e cuidados contínuos** para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo.*

*§ 2º A Unidade de Acolhimento deverá **garantir os direitos de moradia, educação e convivência familiar e social.**” (grifo não original)*

O projeto terapêutico individual de cada paciente será elaborado pelo CAPS de referência, considerando a hierarquização do cuidado e priorizando a atenção em serviços comunitários de saúde. Ainda, estão previstas ações que apoiem e integrem a família do sujeito, a articulação com a Rede Intersetorial - especialmente com a assistência social, educação, justiça e direitos humanos, e saída programada e voltada à completa reinserção do usuário.

A ampliação ainda implica no aumento de Consultórios na Rua – instituído pela Portaria nº 122 de 25 de janeiro de 2011. Os CR compreenderão equipes multiprofissionais qualificadas para trabalhar com a população em situação de rua, bem como, estarão autorizadas a incluir busca ativa e cuidado aos usuários de crack, álcool e outras drogas<sup>34</sup>.

Por fim, a necessária articulação entre as equipes de saúde mental e as redes de urgência e de atenção básica. A presença destes profissionais nos

---

<sup>34</sup> Portaria nº 122, 25 de janeiro de 2011. Artigo 2º, parágrafos 1º e 2º.

hospitais é absolutamente necessária, para que o paciente tenha, desde o início, o tratamento adequado para a sua dependência.

Foram apontadas diversas medidas que o Estado deve realizar ao invés de repassar dinheiro público para as comunidades terapêuticas, não sendo o apelo da sociedade em torno do “fenômeno do crack”, justificativa para a inclusão destas entidades à Rede de Atenção Psicossocial, existindo, como foram exibidas, outras alternativas que estão plenamente de acordo com as legislações e convenções vigentes no ordenamento jurídico brasileiro.

#### 4.6. Responsabilidade estatal frente às violações ocorridas nas Comunidades Terapêuticas

Como foi visto, o Estado brasileiro negligenciou as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, evidenciando que a motivação para a liberação desse financiamento<sup>35</sup> foram razões econômicas, após pressão feita pelos maiores interessados na manutenção das CT, leia-se, os apoiadores da “indústria da loucura<sup>36</sup>”.

Assim, neste tópico, acataremos a vertente jurídica que defende a possibilidade de responsabilização do Estado por danos ocasionados por entes privados na prestação dos serviços de saúde (BICALHO, 2011, p.354). Isto é, ainda que estas instituições não estejam diretamente ligadas ao aparelho estatal, por tratarem de assuntos ligados à política sanitária abarcam os compromissos dela derivados.

Nesse tocante pode-se enquadrar as comunidades terapêuticas, já que mesmo as que não estão recebendo financiamento público, atuam realizando atividades que caberiam, a priori, ao Estado. E se permite-se que estas entidades

---

<sup>35</sup> Portaria nº 131, 26 de janeiro de 2012. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.

<sup>36</sup> Transformação da dor humana em objetivo mercantil. Para a desconstrução do hospital psiquiátrico foi necessário combater não só a lógica manicomial, mas também o lucrativo negócio que envolvia o “produto da loucura”. Note-se que atualmente o fenômeno repete-se, já que novamente os interesses econômicos sobressaem aos da saúde.

desempenhem estes papéis é porque houve negligência da administração governamental em arcar com seus deveres perante à sociedade.

Como restou demonstrado neste trabalho, por diversas vezes, os órgãos envolvidos com a Política de Saúde Mental advertiram o Governo Federal acerca do retrocesso da designação de recursos públicos às comunidades terapêuticas.

A Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA) divulgou o seu posicionamento sobre o financiamento às CT. Afirmou que o suposto auxílio prestado por estas instituições na realidade encobre a tentativa do projeto neoliberal de diminuição do Estado brasileiro ante à privatização de alguns setores da sociedade, principalmente o da saúde.

Defendem o urgente investimento na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), e questionam qual a razão de o Governo investir em entidades privadas que desvirtuam totalmente a lógica de tratamento da saúde mental – *“a qual prevê o cuidado interdisciplinar e comunitário, que propõe a reabilitação psicossocial a partir de uma clínica ampliada com ênfase na garantia de direitos e na integração das famílias ao processo terapêutico”*<sup>37</sup>.

A própria Organização Mundial da Saúde<sup>38</sup> admitiu como a privatização dos serviços de saúde causou obscuridade sobre o corpo social, de modo que por vezes confunde-se os agentes públicos e privados, já que seus limites não são claros, dependendo as decisões muito mais de razões políticas.

E neste ponto, saliente-se novamente o forte vínculo entre as comunidades terapêuticas e a bancada fundamentalista religiosa do Congresso Nacional brasileiro. Não causando estranheza que após pressão do poder legislativo, o poder executivo esteja cedendo e facilitando o envio de recursos para estas instituições.

#### 4.6.1. Corte Interamericana de Direitos Humanos

A Corte Interamericana de Direitos Humanos confirma a existência de nexo de causalidade entre as violações causadas pelos entes privados do setor de saúde

<sup>37</sup> [http://www.crp04.org.br/CRP2/Image/posicionamento\\_RENILA\\_comunidades\\_terapeuticas.pdf](http://www.crp04.org.br/CRP2/Image/posicionamento_RENILA_comunidades_terapeuticas.pdf) - acesso em 18/10/2014

<sup>38</sup> ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, Informe sobre la salud en el mundo 2008; La atención primaria de salud, más necesaria que nunca, Tradução livre.

e a responsabilidade estatal. A terceirização dos serviços “*não implica em alteração da titularidade da obrigação e da responsabilidade, que subsistem para o Estado nos seus moldes originários*”. (BICALHO, 2011, p. 356). No caso “Velásquez Rodríguez<sup>39</sup>” a Corte sentenciou:

*Em princípio, é imputável ao Estado toda violação aos direitos, reconhecidos pela Convenção, realizada por um ato do Poder Público ou de pessoa que atua valendo-se dos poderes que ostenta por seu caráter oficial. Não obstante, não se esgotam ali as situações nas quais um Estado está obrigado a prevenir, investigar e sancionar as violações aos direitos humanos, nem os pressupostos em que sua responsabilidade pode ser comprometida, como resultado de uma lesão a esses direitos. **Na verdade, um ato ilícito violatório dos direitos humanos que inicialmente não seja imputável diretamente ao Estado, por exemplo, por ser ato de um particular ou por haver se identificado o autor da transgressão, pode determinar a responsabilidade internacional do Estado, não pelo fato em si, mas pela falta da devida diligência para prevenir a violação ou para tratá-la nos termos preconizados pela Convenção.**” (grifo nosso)*

Além disso, o ordenamento jurídico brasileiro dispõe, que a prestação de serviço de saúde, independentemente da natureza da entidade, será regida pelas normas e princípios do poder público, “*de modo que a estrutura geral imposta, guardadas as devidas proporções, segue o padrão do sistema público de saúde – aplicável ao SUS<sup>40</sup>*.” (BICALHO, 2011, p. 358).

No tocante às CT, a RDC nº 29 da ANVISA é a norma a ser observada. Contudo, somente na teoria, pois como restou fundamentado, na prática as instituições atuam como bem entendem.

Nesse sentido, saliente-se que mesmo diante das entidades que atuam no setor privado por meio de licenciamento, ou seja, apenas com fins comerciais (ou religiosos, se desejam assim afirmar), quando cometem estas violações, implicam a solidariedade do Estado na responsabilização.

Para a CIDH o poder estatal tem o dever de supervisionar qualquer atividade que esteja relacionada ao âmbito da saúde, pois trata-se de direito primário e fundamental. Sendo assim, não poderá omitir-se diante de infrações e transgressões

<sup>39</sup> Jurisprudência da corte interamericana de direitos humanos: Caso Velásquez Rodriguez. Disponível em:

<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/interamericano/2221caso.htm> Acesso em:

<sup>40</sup> Lei 8.080/90: Art. 22. “Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento”.

provocadas por estas entidades privadas. No caso “Masacre de Mapiripán vs. Colombia” a Corte decidiu:

*[...] Os Estados Partes na Convenção possuem obrigações erga omnes de respeitar e fazer respeitar as normas de proteção e de assegurar a efetividade dos direitos ali consagrados em toda circunstância, a respeito de toda pessoa. **Essas obrigações do Estado projetam seus efeitos para além da relação entre seus agentes e pessoas submetidas a sua jurisdição, como também se manifesta na obrigação positiva do Estado de adotar as medidas necessárias para assegurar a efetiva proteção dos direitos humanos nas relações intersubjetivas.** A atribuição da responsabilidade do Estado por atos de particulares pode ocorrer nos casos em que o Estado descumpra, por ação ou omissão de seus agentes quando se encontrem em posição de garantes, a essas obrigações erga omnes contidas nos artigos 1.1 e 2 da Convenção<sup>41</sup>.” (grifo não original)*

Neste sentido foi a condenação do Estado brasileiro no caso Damião Ximenes, que faleceu na Casa de Repouso Guararapes. Ele foi torturado e morreu no dia 04 de outubro de 1999 na instituição que à época era conveniada ao SUS.

A CIDH considerou que as hipóteses de responsabilidade estatal por violação dos direitos consagrados na Convenção podem ser tanto as ações ou omissões atribuíveis a órgãos ou funcionários do Estado quanto à omissão do Estado em evitar que terceiros violem os bens jurídicos que protegem os direitos humanos. A partir desta análise, a Corte concluiu que, por haver faltado com seus deveres de respeito, prevenção e proteção, com relação à morte e os tratamentos cruéis, desumanos e degradantes sofridos pelo senhor Damião Ximenes Lopes, o Estado tem responsabilidade pela violação dos direitos à vida e à integridade pessoal.

Ainda a Corte Interamericana manifestou-se a respeito das investigações, afirmando que o Estado tem o dever de iniciar *ex officio* e sem demora uma investigação séria, imparcial e efetiva, que não se empreenda como uma mera formalidade.

Consoante a este assunto, não restam dúvidas quanto à omissão da administração brasileira diante dos inúmeros avisos, denúncias e pareceres feitos sobre a situação das comunidades terapêuticas. Não obstante a omissão, o Governo

---

<sup>41</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso Masacre de Mapiripán vs. Colombia. Sentença de 15 de setembro de 2005. Disponível em: [http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_134\\_esp.pdf](http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_134_esp.pdf) Acesso em: 15/10/2014

legitimou as violações ao designar financiamento público às instituições, logo havendo real nexo de causalidade para a responsabilização do Estado.

Estas decisões da CIDH são marcos jurídicos importantes, que podem permear a jurisprudência nacional para que do mesmo modo responsabilize solidariamente o Estado por atos violadores de direitos cometidos pelas comunidades terapêuticas.

#### 4.6.2. Decisões da Justiça Brasileira

Por fim, para encerrarmos este capítulo, versaremos sobre as decisões da jurisprudência brasileira, acerca do tema das comunidades terapêuticas. Já adianta-se que o material não é extenso, visto que, por enquanto não há muitos julgados sobre o assunto.

A absoluta maioria dos casos reflete o direito de acesso à saúde, ou seja, pessoas que precisavam de tratamento para o problema decorrente do uso de álcool e outras drogas e não tinham condições de pagar entidades particulares. Percebe-se que o próprio Direito está encaminhando – gratuitamente – os indivíduos para estas instituições.

Como exemplo apresente-se jurisprudência do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul<sup>42</sup>:

**APELAÇÃO CÍVEL. DIREITO À SAÚDE. DEPENDENTE QUÍMICO. INTERNAÇÃO EM COMUNIDADE TERAPÊUTICA. LEGITIMIDADE DO ESTADO. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA:** *Tratando-se de direito à saúde, a responsabilidade recai, solidariamente, à União, ao Estado e aos Municípios. Precedentes das Cortes Superiores. NECESSIDADE DA INTERNAÇÃO: Os documentos médicos dos autos são hábeis a comprovar a urgência do tratamento postulado, e a gravidade da doença que acomete o paciente, de forma que esse não pode aguardar os trâmites burocráticos impostos pelo Estado, sob pena de causar lesão grave e de irreversível reparação à sua saúde. PREQUESTIONAMENTO: Não se negou vigência a qualquer dispositivo constitucional ou infraconstitucional. Insta salientar o pleno respeito aos preceitos do art. 93, IX da CF, e art. 458, II do CPC. APELAÇÃO DESPROVIDA. UNÂNIME.* (Apelação Cível Nº 70054298112, Segunda Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: João Barcelos de Souza Junior, Julgado em 29/05/2013) (TJ-RS - AC: 70054298112 RS , Relator:

<sup>42</sup> Saliente-se que existem diversos casos iguais ao em análise.

*João Barcelos de Souza Junior, Data de Julgamento: 29/05/2013, Segunda Câmara Cível, Data de Publicação: Diário da Justiça do dia 07/06/2013)*

Destacamos também decisão proferida pelo Tribunal de Justiça de Minas Gerais, que versa sobre o mérito da não intervenção do Poder Judiciário quando da inércia do Poder Executivo frente a implementação de Políticas Públicas no que tange à política de drogas. In verbis:

*APELAÇÃO - AÇÃO CIVIL PÚBLICA - POLÍTICAS PÚBLICAS - PROGRAMAS DE PREVENÇÃO E ATENDIMENTO ESPECIALIZADO AO MENOR DEPENDENTE DE ENTORPECENTES E DROGAS AFINS (ART. 227, § 3º, VII, CR/88 - INEXISTÊNCIA DE DISCRICIONARIEDADE DO PODER PÚBLICO - **CONSTRUÇÃO DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA A INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA (CAPS'i II) E DE UMA COMUNIDADE TERAPÊUTICA** - MÉRITO ADMINISTRATIVO - TESE DA RESERVA DO POSSÍVEL - ÔNUS DE PROVA. 1 - Não é defeso ao Poder Judiciário determinar a implementação de políticas públicas com previsão constitucional/legal ante a omissão das instâncias governamentais, violadora dos direitos assegurados pelo ordenamento jurídico. Em tais casos, não há que se falar em intervenção do Poder Judiciário no mérito administrativo, pois restrita a sua atuação na concreção de direitos sociais garantidos constitucionalmente ou legalmente, porém aviltados pelo Poder Público por meio da inércia administrativa. 2 - É dever constitucional do Estado, e não mera faculdade, nesse caso, do Município, o desenvolvimento de programas de prevenção e atendimento especializado ao menor dependente de entorpecentes e drogas, nos termos do art. 227, § 3º, VII, CRFB/88. 3 - A fixação de parâmetro populacional diverso do previsto no item 4.4 da Portaria nº. 336/GM, do Ministério da Saúde, está adstrita ao campo da discricionariedade do gestor local, atuando amparado por estudos epidemiológicos, sendo vedada a atuação do Poder Judiciário. 4 - A tese defensiva da reserva do possível impõe o ônus de prova a quem a alega quanto aos seus elementos. 5 - Recurso parcialmente provido. (TJ-MG - AC: 10439110124492001 MG , Relator: Jair Varão, Data de Julgamento: 09/05/2014, Câmaras Cíveis / 3ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 23/05/2014)*

Neste caso, o Ministério Público Estadual requeria a condenação do Município de Muriaé-MG pelo descumprimento da obrigação de fazer política de atendimento e proteção especial a crianças e adolescentes viciados em drogas. O Tribunal considerou que “*A cláusula da reserva do possível não é suficiente para, no caso, eximir o réu da prestação da política pública, vale dizer, a implementação de uma Comunidade Terapêutica.*”<sup>43</sup>

Observe-se como o Poder Judiciário se presta alienado no que tange às comunidades terapêuticas. Como restou demonstrado neste trabalho, a ocorrência

<sup>43</sup> Julgado TJMG – Disponível em: <http://tj-mg.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/120495349/apelacao-civel-ac-10439110124492001-mg/inteiro-teor-120495393> Acesso em: 23/10/2014

de violações de direitos humanos dentro das instituições não são casos isolados. Eles estão presentes em todos os estados no Brasil e em praticamente todas as CT. Deste modo, aponta-se a urgência pela responsabilização destas entidades diante das transgressões ocorridas. Não há mais possibilidade de continuarmos cegos diante do verdadeiro caos que estas entidades praticam, pois reúnem em um só local, as principais mazelas dos direitos humanos.



## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta deste trabalho era tratar sobre as Comunidades Terapêuticas e como as falhas políticas de drogas implicaram no desenvolvimento dessas instituições e conseqüentemente para a conveniência com as violações de direitos humanos.

Quando discorremos sobre o histórico de criminalização das drogas, pretendíamos expor como à medida que o Estado Moderno se desenvolvia o controle social ia aprofundando-se e as lógicas de repressão surgiam. As legislações, baseadas no probicionismo, permitiram a marginalização das camadas mais vulneráveis da sociedade, de modo que o estereótipo de delinquente permanecia o mesmo: negro, pobre, morador de periferia.

Nesse contexto, a política de saúde mental - com a Reforma Psiquiátrica – caminhava em sentido contrário, pois conseguia avanços significativos para o tratamento das pessoas com problemas decorrentes de álcool e outras drogas. Todavia, os interesses econômicos interrompem estes progressos, pois voltam-se para o dependente e notam o surgimento de um novo nicho para arrecadação de riquezas. O Estado perde o controle dos dependentes e a terceirização do tratamento ocorre com o aparecimento das comunidades terapêuticas. A lógica manicomial retorna e o retrocesso para a saúde mental é incalculável.

Os usuários de crack foram o bode expiatório para que o Estado legitimasse a ação destas instituições, já que este “fenômeno” exigia posição mais enérgica do Poder Público. Note-se que as transgressões praticadas pelas CT há muito vinham sendo denunciadas pelos setores ligados à luta antimanicomial e de proteção aos direitos humanos, demonstrando a real omissão e conveniência do Estado diante do problema.

Ao expor as denúncias das ocorrências de violações pudemos observar alguns padrões no que tange às transgressões. Destaque-se a questão religiosa e a do trabalho forçado como as mais recorrentes. A imposição da oração como cura fere tanto o direito constitucional de liberdade religiosa como os métodos propostos pela saúde mental. Ainda, mostra-se a ausência de projeto terapêutico e a possibilidade das instituições obterem mais lucros, por meio da “laborterapia”.

Saliente-se como a abstinência total e o trabalho não são modos eficientes de combater o vício do sujeito.

E neste ponto, fazemos uma observação, pois a negação do uso milenar de substâncias psíquicas, só tem ferido as populações em situação de vulnerabilidade. A hipocrisia toma conta do discurso e a repressão recai sobre quem não é um efetivo sujeito de direito.

Como demonstramos ao explanarmos sobre a Rede Substitutiva, o Brasil tem plenas condições de enfrentar esta questão sem que necessite realizar grandes transformações estruturais. O incentivo e ampliação da rede é suficiente para que se trate dos casos de dependência. Deste modo, não existem razões convincentes que justifiquem o repasse de verbas às comunidades terapêuticas. E considerando que é isto que vem ocorrendo, a responsabilização solidária do Estado é imprescindível.

A Corte Interamericana de Direitos Humanos pronunciou-se neste sentido, inclusive no caso em que condenou o Brasil, afirmando que a inobservância do Estado ante aos cuidados com a saúde, imputam-lhe responsabilidade. Sendo assim, fica evidente a necessidade de readequação da política de auxílio aos indivíduos com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

O fortalecimento das CT e a possibilidade de aprovação de um marco regulatório tornam-se os pontos fundamentais para que a comunidade jurídica interceda de modo mais eficaz. Erich Kaufmann já afirmava: “*O Estado não cria direito, o Estado cria leis, e Estado e leis, estão abaixo do direito*”. Deste modo, se o direito se propõe a garantir uma sociedade justa e igualitária, este é um excelente motivo para que os ensinamentos acadêmicos transcendam a teoria e atuem efetivamente na proteção e garantia dos direitos humanos.

## REFERÊNCIAS

ANIYAR DE CASTRO, Lola. Criminologia da libertação. Rio de Janeiro: Instituto Carioca de Criminologia: Revan, 2005. 284 p. (Pensamento criminológico, 10)

BATISTA, Vera Malaguti (AUTOR). Dífíceis ganhos fáceis: drogas e juventude pobre no Rio de Janeiro. 2. ed. Rio de Janeiro: Instituto Carioca de Criminologia, 2003.

BICALHO, Luiz Felipe. A mercantilização do Direito à saúde e a responsabilização internacional do Estado. p. 354. Revista Argumenta – UENP, JACAREZINHO, nº 14, p. 351 – 365, 2011.

BRASIL. Decreto-Lei Federal, Lei de Fiscalização de Entorpecentes, nº 891/1938. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/1937-1946/De10891.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1937-1946/De10891.htm) Acesso em: 17/10/2014

\_\_\_\_\_. Decreto-Lei Federal, Regulamenta a Lei no 11.343, de 23 de agosto de 2006, que trata das políticas públicas sobre drogas e da instituição do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD, e dá outras providências, nº 5.912 /2006. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/Decreto/D5912.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/Decreto/D5912.htm)> Acesso em: 17/10/2014

CARNEIRO, Henrique. Álcool e drogas na história do Brasil. São Paulo; Belo Horizonte, MG: Alameda: PUCMinas, 2005

CARVALHO, Salo de. A política criminal de drogas no Brasil: estudo criminológico e dogmático. 4.ed. ampl., atualizada e com comentários r Lei 11.343/06. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007.

CIDH, Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso Masacre de Mapiripán vs. Colombia. Sentença de 15 de setembro de 2005. Disponível em: [http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_134\\_esp.pdf](http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_134_esp.pdf) Acesso em: 15/10/2014

CONFECNAT – Confederação Nacional das Comunidades Terapêuticas. Reunião realizada em Fevereiro de 2014. Disponível em: <http://www.confenact.org.br/?p=97>  
Acesso em: 23/10/2014

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA - 4º Relatório de Inspeção em Direitos Humanos –. Disponível em: [http://www.crpso.org.br/portal/midia/pdfs/Relatorio\\_Inspecao\\_Direitos\\_Humanos.pdf](http://www.crpso.org.br/portal/midia/pdfs/Relatorio_Inspecao_Direitos_Humanos.pdf)  
Acesso em: 14/10/2014

FOUCAULT, Michel. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense, 1980.  
OLMO, Rosa del. A face oculta da droga / tradução de Teresa Ottoni. -Rio de Janeiro: Editora Revan, 1990.

GOVERNO FEDERAL. Conceito de Comunidades Terapêuticas. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/comunidades-terapeuticas.html>  
Acesso em: 10/10/2014

JORGE, Marco Aurelio Soares. Engenho dentro de casa: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1997. P.117

JURISPRUDENCIA, Jusbrasil. Julgado TJMG – Disponível em: <http://tj-mg.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/120495349/apelacao-civel> Acesso em: 23/10/2014

MARCO REGULATÓRIO, das Comunidades Terapêuticas – Notícia. Disponível em: <http://drogasedireitoshumanos.org/tag/comunidades-terapeuticas>. Acesso em: 23/10/2014

MINISTÉRIO PÚBLICO DE GOIÁS, Operação Monte Cristo. Disponível em: <http://www.mpggo.mp.br/portal/noticia/operacao-monte-cristo-oferecida-denuncia-contra-donos-de-clinica-de-recuperacao-em-cachoeira-dourada#.VD04DPIdXXs> –  
Acesso em 14/10/2014

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, Informe sobre la salud en el mundo 2008; La atención primaria de salud, más necesaria que nunca,

RAUTER, Cristina. Criminologia e subjetividade no Brasil. Rio de Janeiro: Revan, 2003. 125 p. (Coleção pensamento criminológico, v.8)

TRAD, Sergio do Nascimento Silva. A trajectória da prevenção às drogas no brasil: do proibicionismo à redução de danos e seus reflexos nas políticas locais. UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI. Tarragona, 2010.

VARGAS, Eduardo Viana. DROGAS e cultura: novas perspectivas. Salvador: EDUFBA, 2008.

ZAFFARONI, Eugenio Raul (coord.). Sistemas Penales y Derechos Humanos en la América Latina. Buenos Aires: Depalma, 1986.